

TESIS

**PENGARUH PELIBATAN IBU TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP
DAN KEPATUHAN REMAJA PUTRI DALAM MENGGUNAKAN
TABLET TAMBAH DARAH DI KOTA PALOPO**

**THE EFFECT OF MOTHER'S INVOLVEMENT ON THE KNOWLEDGE,
ATTITUDES AND COMPLIANCE OF ADOLESCENT GIRLS
CONSUMING IRON TABLETS IN THE CITY OF PALOPO**

Disusun dan diajukan oleh

**ARMILA
K012171050**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**PENGARUH PELIBATAN IBU TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP
DAN KEPATUHAN REMAJA PUTRI DALAM MENGGUNAKAN
TABLET TAMBAH DARAH DI KOTA PALOPO**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:
ARMILA**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH PELIBATAN IBU TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN
KEPATUHAN REMAJA PUTRI DALAM MENGGUNAKAN TABLET
TAMBAH DARAH DI KOTA PALOPO**

Disusun dan diajukan oleh

**ARMILA
K012171050**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 16 September 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Rahayu Indriasari, SKM., MPH.CN., Ph.D
NIP. 19761123 200501 2 002

Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Armila
NIM : K012171050
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

PENGARUH PELIBATAN IBU TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN REMAJA PUTRI DALAM MENGKONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH DI KOTA PALOPO

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 16 September 2021.

Yang menyatakan



Armila

PRAKATA

Segala puji syukur penulis ucapkan atas Kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Pelibatan Ibu Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Remaja Putri Dalam Mengonsumsi Tablet Tambah Darah di Kota Palopo” ini merupakan bagian dari rangkaian persyaratan dalam rangka penyelesaian program pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Tak lupa pula penulis kirimkan shalawat dan salam kepada junjungan Nabi Muhammad SAW yang telah menuntun manusia dari alam kegelapan menuju alam yang terang benderang.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak terkait yang telah banyak membimbing dan banyak membantu terselesainya tesis ini.

Ucapan terimakasih yang tulus kami haturkan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Dr. Aminuddin Syam., SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Prof.dr.Veni Hadju, M.Sc.,Ph.D, selaku Pembimbing Akademik
5. Rahayu Indriasari, SKM., MPH.CN., Ph.D., sebagai Ketua Komisi penasihat dan Dr.Aminuddin Syam SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed sebagai Anggota Komisi Penasihat.
6. Dr.dr. Citrakesumasari, M.Kes, Sp.GK, Dr. Nurhaedar Jafar, Apt.,M.Kes dan Sudirman Nasir, S.Ked.,MWH.,Ph.D selaku tim penguji yang telah bersedia menyempurnakan tesis ini.

7. Kedua Orang tua saya tercinta, ayahanda (Alm) M. Thahir Dg Massulo dan Ibunda St. Djuhrah, kedua mertua tersayang bapak H. Baharu dan ibu (Alm) Hj. Hantu juga pada suami tercinta Genda Baharu, S.Pd, ketiga anandaku terkasih Rachman Sulo Ramadhan, Raihandy Bathara Genda, Rananulma Qarirah Rajwa dan seluruh keluarga yang telah membantu peneliti dengan doa dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
8. Sahabat dan Rekan-rekan seperjuangan Magister Kesehatan Masyarakat Angkatan 2017 yang telah banyak memberikan bantuan, do'a, masukan kritikan dan saran serta motivasi dalam penyusunan tesis ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini. Semoga bantuan, bimbingan dan arahan yang telah diberikan menjadi amal ibadah bagi keluarga, bapak, ibu dan rekan-rekan, sehingga memperoleh balasan yang lebih baik dari Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dalam kesempurnaan tesis. Semoga penelitian ini kelak dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Makassar, September 2021

Penulis

ABSTRAK

Program suplementasi tablet tambah darah (TTD) telah diimplementasikan pada remaja putri di Indonesia sejak tahun 2015, namun cakupannya masih rendah (15,1 %) di tahun 2017. Hambatan lain adalah tingkat kepatuhan remaja dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) juga masih rendah. Masih terbatas penelitian pelibatan keluarga terutama ibu ditingkat rumah tangga terhadap peningkatan partisipasi remaja dalam program tablet tambah darah (TTD).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelibatan ibu terhadap pengetahuan, sikap dan kepatuhan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD). Desain penelitian adalah *quasi experiment pre and post test without control*. Populasi sebanyak 229 remaja putri, sampel adalah pasangan remaja putri dan ibunya di sekolah menengah atas (SMAN 3) di kota Palopo dengan besar sampel 93 pasangan. Intervensi berupa edukasi tentang pentingnya tablet tambah darah (TTD) bagi remaja putri dan pemantauan melalui media sosial Whatsapp. Data dianalisis dengan menggunakan Wilcoxon dan Mc Nemar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap pengetahuan ($p=0,000$) dan sikap ($p=0,013$). Ada perbedaan pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap kepatuhan mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) setelah dilakukan follow up ($p=0,039$). Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh positif intervensi pelibatan ibu terhadap pengetahuan, sikap namun pelibatan ibu tidak memberikan pengaruh positif terhadap kepatuhan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD). Disarankan agar melakukan sosialisasi dengan melibatkan orang tua selain pihak sekolah untuk monitoring.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, Kepatuhan, Pelibatan Ibu. Remaja Putri

ABSTRACT

The supplementation program for iron tablets has been implemented in young girls in Indonesia since 2015, but the coverage is still low (15.1%) in 2017. Another obstacle is the level of compliance of adolescents in consuming iron tablets is also still low. There is still limited research on the involvement of families, especially mothers at the household level, on increasing adolescent participation in the iron tablets program.

This study aims to determine the effect of mother's involvement on the knowledge, attitudes and compliance of adolescent girls in consuming iron tablets.

The research design was a quasi-experimental pre and post test without control. The population is 229 young women, the sample is a couple of young women and their mothers in high school (SMAN 3) in the city of Palopo with a sample size of 93 couples. The intervention was in the form of education about the importance of iron tablets for young girls and monitoring through social media Whatsapp. Data were analyzed using Wilcoxon and Mc Nemar.

The results showed that there was an effect after the intervention involving mothers on knowledge ($p=0.000$) and attitudes ($p=0.013$). There was a difference in the effect after intervention involving mothers on adherence to taking iron tablets after follow-up ($p=0.039$). This shows that there is a positive effect of maternal involvement on knowledge, attitudes, but mother's involvement does not have a positive effect on adolescent girls' compliance in consuming blood-added tablets (TTD). It is recommended to carry out socialization by involving parents other than the school for monitoring.

Keywords: Knowledge, Attitude, Compliance, Mother Involvement. Young Girl

DAFTAR ISI

SAMPUL

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	13
D. Manfaat Penelitian	13

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Anemia	15
B. Konsep tentang Tablet Tambah Darah	25
C. Tinjauan Umum tentang Remaja	34
D. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan	47
E. Tinjauan Umum tentang Sikap	50
F. Tinjauan Umum tentang Kepatuhan	57
G. Konsep Tentang Pelibatan Ibu	69
H. Dasar pemikiran	91
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	94
J. Hipotesis Penelitian	96

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	97
B. Tempat dan Waktu Penelitian	97
C. Populasi dan Sampel	98
D. Instrumen Pengumpulan Data	101
E. Tahapan Penelitian	102
F. Alur Penelitian	106
G. Kontrol Kualitas	108

H. Pengumpulan Data	108
I. Pengolahan dan Analisis Data	109
J. Etika Penelitian	110

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	112
B. Pembahasan	121

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	144
B. Saran	144

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel.1.1. Klarifikasi Anemia Menurut Kelompok Umur	13
Tabel.2.1. Tabel Sintesa Penelitian Terkait	78
Tabel.2.2. Tabel Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	91
Tabel.3.1. Tabel Tahap Pelaksanaan Penelitian	100
Tabel.4.1. Karakteristik Responden SMAN 3 Palopo.....	106
Tabel.4.2. Karakteristik Keluarga Responden	107
Tabel.4.2. Analisis Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Setelah Intervensi pada Responden	108
Tabel.4.3. Analisis Sikap Sebelum dan Setelah Intervensi pada Responden	109
Tabel.4.5. Gambaran Kepatuhan Responden Dalam Mengonsumsi TTD	110
Tabel.4.6. Gambaran Kepatuhan Responden Dalam Mengonsumsi TTD pada saat Follow Up	111
Tabel.4.7. Analisis Perbedaan Kepatuhan Remaja Putri Setelah Intervensi dan Follow Up	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori	89
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	90
Gambar 3.1. Skema Desain Penelitian	93
Gambar 3.2. Aspek-Aspek Pelibatan Ibu.....	98
Gambar 3.3 Alur Penelitian.....	99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I. Kuesioner penelitian tentang Tingkat Pengetahuan

Lampiran II. Kuesioner Penelitian tentang Sikap

Lampiran III. Kuesioner penelitian tentang Kepatuhan

Lampiran IV. Lembar Observasi

Lampiran V. Stiker Jadwal Minum TTD

Lampiran VI. Materi tentang Penanggulangan Anemia Gizi Besi pada
Remaja Putri

Lampiran VII. Dokumentasi Kegiatan

Lampiran VIII. Analisis Data

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa remaja antara usia 10-19 tahun, ialah masa transisi yang dialami seseorang dengan adanya perubahan fisik maupun psikis. Dengan adanya perubahan pada masa remaja menimbulkan beberapa masalah kesehatan. Salah satu masalah kesehatan yang terjadi pada remaja ialah anemia. Anemia ialah suatu kondisi dimana kadar hemoglobin atau jumlah sel darah merah seseorang mengalami kekurangan dibawah standar normal. Anemia lebih sering dialami oleh remaja putri dikarenakan mengalami menstruasi. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa anemia remaja putri usia 13-18 tahun ialah 19,7% dan terjadi peningkatan pada tahun 2013 sebesar 22,7% (RISKESDAS, 2013).

Remaja putri termasuk golongan rawan menderita anemia karena remaja putri dalam masa pertumbuhan dan setiap bulan mengalami menstruasi yang menyebabkan kehilangan zat besi (Arisman, 2009). Ada beberapa penyebab terjadinya anemia pada remaja putri, antara lain: kurangnya konsumsi Fe, Vitamin C, status gizi pada remaja, dan menstruasi (Burner, 2012).

Remaja putri pada umumnya memiliki karakteristik kebiasaan makan tidak sehat. Antara lain kebiasaan tidak makan pagi, malas minum air putih, diet tidak sehat karena ingin langsing (mengabaikan sumber protein,

karbohidrat, vitamin dan mineral), kebiasaan ngemil makanan rendah gizi dan makan makanan siap saji. Sehingga remaja tidak mampu memenuhi keanekaragaman zat makanan yang dibutuhkan oleh tubuhnya untuk proses sintesis pembentukan hemoglobin (Hb). Bila hal ini terjadi dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan kadar Hb terus berkurang dan menimbulkan anemia. (Brown JE, 2011).

Gizi remaja adalah refleksi dari awal kekurangan gizi anak usia dini. Banyak anak di negara berpenghasilan menengah memasuki masa remaja dengan warisan malnutrisi dari anak usia dini, yang berarti mereka kerdil atau anemia, dan sering menampilkan defisiensi mikronutrien. (Thurnham DI, 2013). Remaja putri merupakan salah satu kelompok yang rawan menderita anemia. Karena pada masa itu mereka juga mengalami menstruasi, lebih-lebih pengetahuan mereka yang kurang akan anemia. Pada saat remaja putri mengalami menstruasi yang pertama kali membutuhkan lebih banyak besi untuk menggantikan kehilangan akibat menstruasi tersebut. Jumlah kehilangan besi selama satu siklus menstruasi (sekitar 28 hari) kira-kira 0,56 mg per hari. Jumlah tersebut ditambah dengan kehilangan basal sebesar 0,8 mg per hari. Sehingga jumlah total besi yang hilang sebesar 1,36 mg per hari. (Hallberg L, 1996).

Menurut WHO, prevalensi anemia masih dianggap menjadi masalah kesehatan masyarakat dikategorikan sebagai berikut: bukan masalah kesehatan masyarakat jika <5%, masalah kesehatan masyarakat tingkat ringan jika 5-19%, masalah kesehatan tingkat sedang jika 20-39,9%, dan

merupakan masalah kesehatan tingkat berat jika $\geq 40\%$ (Departemen Kesehatan RI, 2014).

Anemia banyak terjadi pada masyarakat terutama pada remaja dan ibu hamil. Anemia mempengaruhi setengah satu miliar wanita usia reproduksi di seluruh dunia. Pada 2011, 29% (496 juta) perempuan yang tidak hamil dan 38% (32,4 juta) ibu hamil berusia 15–49 tahun mengalami anemia. Prevalensi anemia tertinggi di Asia Selatan dan Afrika tengah dan barat. Anemia pada remaja putri sampai saat ini masih cukup tinggi, menurut World Health Organization (WHO) 2013, prevalensi anemia di dunia sebesar 26,2% dengan jumlah kejadian pada perempuan sebesar 49,1% (Kemenkes RI, 2013).

Menurut data hasil riskesdas tahun 2018, prevalensi anemia di Indonesia yaitu 84,6% dengan penderita berumur 15-24 tahun, sebesar 33,7% berumur 25-34 tahun, 33,6% dengan penderita berumur 35-44 tahun dan 24% penderita berumur 45-54 tahun (Riskesdas, 2018).

Di Palopo proporsi anemia pada ibu hamil tahun 2017 sebesar 20,5% naik di tahun 2018 sebesar 21,6% yang merupakan kategori masalah kesehatan tingkat sedang (Profil Dinkes Palopo 2018). Dan data konsumsi minum tablet tambah darah untuk kota Palopo berdasarkan hasil PSG 2017, persentase ibu hamil mendapat TTD > 90 Tablet hanya sebesar 3,8%, < 90 tablet sebesar 79,9%, dan tidak mendapatkan TTD sebesar 5,9%. Sedangkan untuk remaja putri umur 12-18 tahun

persentase yang mendapatkan TTD tahun 2016 sebesar 7,8 % dan tahun 2017 sebesar 15,1 %. (Kemenkes 2017).

Program pemberian TTD untuk remaja putri di sekolah telah dilaksanakan di kota Palopo sejak tahun 2015, akan tetapi data mengenai tingkat kepatuhan mengonsumsi TTD pada remaja putri belum ada. Berdasarkan pelaksanaan program di tahun 2015, belum tersedianya data kepatuhan ini dikarenakan monitoring dan evaluasi program pemberian TTD kepada remaja putri yang belum maksimal. Kurangnya kesadaran remaja putri untuk mengonsumsi TTD, disamping kurangnya dukungan dari pihak luar untuk mengingatkan konsumsi TTD menjadi salah satu penyebab masih rendahnya kepatuhan remaja putri mengonsumsi TTD (Annisa, dkk, 2017).

Terlebih lagi di Kota Palopo tidak tersedianya data persentase anemia remaja putri, dan tidak ada pemeriksaan Hb yang dilakukan pada remaja untuk penanganan lebih lanjut bila ada kasus anemia. Sedangkan untuk pengadaan tablet tambah darah di tingkat puskesmas, ditetapkan dengan penghitungan jumlah sasaran berdasarkan estimasi dari tahun sebelumnya. Dan berdasarkan surat edaran dari Kemenkes tahun 2016 mengenai petunjuk teknis pemberian TTD pada remaja putri melalui UKS di institusi pendidikan dengan menentukan hari minum TTD bersama setiap minggunya sesuai kesepakatan di wilayah masing-masing, sedangkan di Kota Palopo pelaksanaan program TTD remaja putri dilakukan dengan cara membagikan TTD langsung ke siswi di sekolah

dan di bawa ke rumah masing-masing kemudian di konsumsi di rumah, jadi tidak ada monitoring atau pemantauan konsumsi TTD remaja putri di rumah.

Berdasarkan pengambilan data awal yang dilakukan oleh peneliti pada penjarangan remaja putri di SMAN 3 Kota Palopo pada bulan September 2019 sebanyak 117 orang menunjukkan status gizi remaja putri menurut BB/U Gizi Baik sebesar 56,5 %, Gizi Lebih 43,5%, status gizi berdasarkan BB/TB Normal 88,9%, Pendek 11,1%, dan IMT/U Sangat Kurus 5,2%, Kurus 12,8%, Normal 79,4%, Gemuk 2,6%. Sedangkan untuk konsumsi TTD remaja putri yang minum TTD hanya sebesar 38,4 %, dan tidak minum TTD sebesar 61,6 %.

Program penanggulangan anemia yang selama ini lebih terfokus pada ibu hamil, padahal remaja putri adalah calon ibu yang harus sehat agar melahirkan bayi sehat sehingga akan tumbuh dan berkembang menjadi sumber daya manusia yang tangguh dan berkualitas. Program yang ditargetkan kepada wanita usia reproduktif merupakan intervensi yang sangat strategis dalam menentukan kualitas sumber daya manusia Indonesia. (Kemenkes, 2016)

Upaya pemerintah dalam menanggulangi masalah anemia gizi tidak selalu berjalan dengan baik dan efektif. Penelitian Kheirouri menyebutkan bahwa selain ketersediaan tablet besi dan efek samping yang ditimbulkan oleh tablet, terdapat faktor lainnya yang dapat mempengaruhi keefektifan program suplementasi besi yaitu dipengaruhi kualitas TTD, cara

sosialisasi kepada remaja putri, peran orangtua, serta kerjasama stakeholder. (Kheirouri dan Alizadeh, 2014)

Namun program pemerintah yang berlangsung saat ini menemui kendala dalam pencegahan anemia pada remaja karena kepatuhan remaja minum tablet tambah darah masih rendah. Hal ini berdasarkan hasil riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa remaja tidak minum tablet tambah darah yang didapatkan dari sekolah karena alasan rasa dan bau tidak enak sebesar 31,5%, merasa tidak perlu sebesar 20,5 %, dan lupa 19,2 %. (Riskesdas, 2018).

Menurut Putri dkk, pengetahuan dan kepatuhan konsumsi TTD merupakan faktor yang dapat mempengaruhi anemia pada remaja putri dimana tingkat ketidakpatuhan mengkonsumsi TTD beresiko lebih besar mengalami anemia (Putri RD dkk, 2017). Walaupun program pemberian TTD pada remaja telah dilaksanakan oleh pemerintah namun tidak berpengaruh terhadap kenaikan kadar Hb pada remaja putri dikarenakan tingkat kepatuhan yang sangat rendah (Listiyani, B, 2004).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lu'lu'atul Khodijah, dkk pada dua SMK di Semarang, pada tahun 2018 menunjukkan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang anemia defisiensi besi pada kelompok intervensi yang diberikan pendidikan gizi dengan metode peer education (edukasi teman sebaya). (Lu'lu'atul Khodijah, dkk, 2018)

Dari berbagai hasil penelitian untuk kepatuhan minum TTD, oleh Aditianti, dkk di Bogor tahun 2015, terdapat perbedaan bermakna ($p=0,02$)

kepatuhan mengkonsumsi TTD oleh ibu hamil yang mengalami anemia antara kelompok intervensi dengan kelompok non-intervensi. Responden dengan pendamping yang telah diberi penyuluhan lebih patuh mengkonsumsi TTD dibandingkan responden yang tidak diberi penyuluhan. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan pendamping memang berperan bagi responden dalam meningkatkan kepatuhan mengkonsumsi TTD. (Aditianti, dkk, 2015)

Sedangkan pada penelitian tentang pendekatan keluarga yang dilakukan oleh Teti Rahmawati tahun 2018 dengan judul Case Study dalam Mengatasi Anemia pada Remaja Putri di Keluarga dengan Model HEMA Coach (Health Education, Modifikasi Perilaku, dan Coaching), di wilayah Kelurahan Curug Cimanggis Kota Depok, dimana hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam mengatasi masalah anemia pada remaja putri. (Teti Rahmawati, 2018)

Dalam kedekatan antara orang tua dan anak, diketahui bahwa ibu memiliki peluang untuk menciptakan kedekatan dengan remaja lebih intens. Hal ini dijelaskan oleh Sputa dan Paulson (dalam Santrock, 2007) yang mengungkapkan bahwa ibu memiliki keterlibatan yang lebih besar dalam pengasuhan. Ibu lebih berkesempatan menciptakan komunikasi dan keterbukaan serta kebersamaan yang diduga akan meningkatkan kedekatan antara remaja dan orangtua dan keluarga pada umumnya. Hal serupa juga disampaikan oleh Barnes dan Olson (1985) yang juga

menyatakan bahwa ibu menunjukkan komunikasi yang lebih baik dengan anak.

Kedekatan ibu dalam berbagai studi dijelaskan sebagai perawat (Setiono, 2011), komunikator yang baik (Barnes & Olson, 1985), mengerti dan memberikan kenyamanan (Park & Kim, 2006), dan berorientasi percakapan (Noh & Yusuff, 2011).

Ibu adalah individu yang memiliki peran penting sebagai penentu perilaku remaja dengan anemia dalam pengambilan keputusan mengonsumsi suplemen zat besi. Setiap rejimen pengobatan jangka panjang dapat memunculkan masalah tingkat kepatuhan pengobatan (Mathes, et al., 2014).

Kurangnya motivasi adalah salah satu penyebab masalah ketidakpatuhan (Hugtenburg et al, 2013) dan kegagalan pengobatan anemia besi dengan tablet besi diindikasikan karena motivasi yang rendah dan kurangnya kesadaran akan kegunaannya (Goonewardene et al, 2012).

Salah satu langkah yang cukup strategis untuk menimbulkan motivasi kearah perbaikan perilaku pengasuhan yang baik sesuai dengan konsep kesehatan adalah melakukan pemberdayaan keluarga atau masyarakat. (Citrakesumasari, 2012).

Menurut Taylor (2006) seseorang yang memiliki dukungan keluarga tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. Untuk itu, peran serta

keluarga terutama ibu sangat berpengaruh dalam merubah perilaku remaja dalam hal kepatuhan minum Tablet Tambah Darah.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sudjarmiko S, dkk dengan judul *Husband Influences on Pregnant Who Following Consumption Iron Supplementation Program* tahun 2015 di Banjarmasin dengan wawancara mendalam kepada ibu hamil menunjukkan bahwa ada peran penting dalam mempengaruhi keputusan yang diambil oleh wanita hamil untuk menjalani program konsumsi suplemen zat besi. Hal ini membuktikan bahwa ada pengaruh orang terdekat dalam hal ini adalah keluarga untuk memberikan motivasi agar patuh dalam mengkonsumsi suplemen tablet besi. (Sudjarmiko S, dkk, 2015)

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Dibakar Haldar, dkk dengan judul *A Study on the Role of Parental Involvement in Control of Nutritional Anemia among Children of Free Primary Schools in a Rural Area of West Bengal* di India menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua dalam modifikasi pola makan dan gaya hidup dapat menekan anemia pada anak sekolah. (Dibakar Haldar, et al, 2011).

B. Rumusan Masalah

Prevalensi anemia pada remaja saat ini masih tinggi yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Program pemerintah dengan pemberian tablet tambah darah pada remaja untuk pencegahan masalah gizi anemia zat besi saat ini masih menemui kendala. Di mana remaja tidak minum

tablet tambah darah yang didapatkan dari sekolah karena alasan lupa, rasa tidak enak, merasa tidak penting dan efek sampingnya.

Program pemberian TTD untuk remaja putri di sekolah telah dilaksanakan di kota Palopo sejak tahun 2015, akan tetapi data mengenai tingkat kepatuhan mengonsumsi TTD pada remaja putri belum ada. Berdasarkan pelaksanaan program di tahun 2015, kurangnya kepatuhan ini dikarenakan monitoring dan evaluasi program pemberian TTD kepada remaja putri yang belum maksimal. Kurangnya kesadaran remaja putri untuk mengonsumsi TTD, disamping kurangnya dukungan dari pihak luar untuk mengingatkan konsumsi TTD menjadi salah satu penyebab masih rendahnya kepatuhan remaja putri mengonsumsi TTD. (Annisa, dkk, 2017). Terlebih lagi di kota Palopo tidak tersedianya data persentase anemia remaja putri, dan tidak ada pemeriksaan Hb yang dilakukan pada remaja untuk penanganan lebih lanjut bila ada kasus anemia. Sedangkan untuk pengadaan tablet tambah darah di tingkat puskesmas, ditetapkan dengan penghitungan jumlah sasaran berdasarkan estimasi dari tahun sebelumnya

Berdasarkan pengambilan data awal yang dilakukan oleh peneliti pada penjarangan remaja putri di SMAN 3 Kota Palopo pada bulan September 2019 sebanyak 117 orang menunjukkan kepatuhan konsumsi TTD remaja putri yang minum TTD hanya sebesar 38,4 %, dan tidak minum TTD sebesar 61,6 %.

Untuk itu peran pendamping dalam hal ini keluarga dekat terutama ibu sangat diperlukan sebagai pengontrol dan pengawas remaja minum tablet tambah darah yang telah diberikan untuk meningkatkan perilaku mengkonsumsi tablet tambah darah. Pelibatan keluarga dalam hal ini ibu adalah salah satu cara untuk mendekatkan atau meningkatkan akses dengan mendatangi keluarga atau ibu. Seiring dengan program pemerintah tentang PIS-PK (Pencapaian Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) yang sedang dicanangkan untuk mencapai kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya melalui pendekatan siklus kehidupan dan melalui pendekatan keluarga yang diinisiasi dengan kunjungan ke rumah untuk pemetaan permasalahan, dan berdasarkan data awal kepatuhan minum TTD pada remaja putri di SMAN 3 Kota Palopo serta berdasarkan penelitian sebelumnya maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan metode pelibatan ibu dalam pencegahan anemia pada remaja.

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan maka pertanyaan penelitian ini yaitu:

1. Adakah pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap pengetahuan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di kota Palopo.
2. Adakah pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap sikap remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di kota Palopo.

3. Adakah pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap kepatuhan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di kota Palopo.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan setelah intervensi pelibatan ibu terhadap perilaku dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) remaja putri di Kota Palopo.

2. Tujuan Khusus

- 2.1. Diketuainya pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap pengetahuan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota Palopo.
- 2.2. Diketuainya pengaruh setelah pelibatan ibu terhadap sikap remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota palopo
- 2.3. Diketuainya pengaruh setelah intervensi pelibatan ibu terhadap kepatuhan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota Palopo

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan dan memberikan kontribusi dalam pengembangan keilmuan khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat yaitu

dengan penetapan kebijakan yang terkait terhadap upaya pencegahan dan penanganan anemia pada remaja putri.

2. Manfaat Buat Institusi

Memberikan informasi pada dinas kesehatan, puskesmas dan sekolah mengenai pentingnya pelibatan ibu siswi sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu alternative untuk mencegah anemia pada siswi atau remaja.

3. Manfaat praktis

Dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan ilmiah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dibidang kesehatan masyarakat khususnya penentu kebijakan serta dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Anemia

1. Definisi Anemia

Anemia didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana rendahnya konsentrasi hemoglobin (Hb) atau hematokrit berdasarkan nilai ambang batas (referensi) yang disebabkan oleh rendahnya produksi sel darah merah (eritrosit) dan Hb, meningkatnya kerusakan eritrosit (hemolisis), atau kehilangan darah yang berlebihan. (Citrakesumasari, 2012)

Hal tersebut dapat menyebabkan penurunan kemampuan Hb dan eritrosit membawa oksigen ke seluruh tubuh sehingga tubuh menjadi cepat lelah dan lemas. Penyebab anemia antara lain perdarahan hebat, kadar zat besi, asam folat, dan vitamin B₁₂ dalam tubuh rendah, leukimia dan penyakit kronis. Tanda-tanda anemia antara lain lemah, letih, lesu, kurang bergairah dalam beraktivitas sehari-hari dan sesak. (Hardinsyah & Supariasa, 2014).

Anemia adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh. Kekurangan zat besi sendiri dapat disebabkan beberapa hal, seperti asupan makanan yang rendah zat besi atau mungkin zat besi dalam makanan terdapat dalam bentuk yang sulit untuk diserap. Saat simpanan zat besi dalam tubuh sudah habis

dan penyerapan zat besi pada makanan sedikit, tubuh akan mulai memproduksi sel darah merah lebih sedikit dan mengandung hemoglobin yang lebih sedikit pula. Hal inilah yang akhirnya menyebabkan anemia gizi besi, penyebab anemia dan defisiensi gizi yang paling sering terjadi (Fikawati, 2017).

Tabel 1
Klasifikasi Anemia menurut Kelompok Umur

Populasi	Non Anemia (g/dL)	Anemia (g/dL)		
		Ringan	Sedang	Berat
Anak 6 – 59 bulan	11	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	< 7,0
Anak 5 – 11 tahun	11,5	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	< 8,0
Anak 12 – 14 tahun	12	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	< 8,0
Perempuan tidak hamil (\geq 15 tahun)	12	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	< 8,0
Ibu hamil	11	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	< 7,0
Laki-laki \geq 15 tahun	13	11,0 – 12,9	8,0 – 10,9	< 8,0

Sumber: WHO, 2011

2. Penyebab Anemia

Penyebab terjadinya anemia gizi beraneka ragam, yang secara garis besar dikelompokkan dalam

a. Sebab Langsung

- 1) Kecukupan makanan; Kurangnya zat besi di dalam tubuh dapat disebabkan oleh kurang makan sumber makanan yang mengandung zat besi, makanan cukup namun yang dimakan bioavailabilitas besinya rendah sehingga jumlah

zat besi yang diserap kurang, dan makanan yang dimakan mengandung zat penghambat absorpsi besi,

- 2) Infeksi penyakit; Beberapa infeksi penyakit memperbesar resiko menderita anemia pada umumnya adalah cacing dan malaria.

b. Sebab Tidak Langsung;

Perhatian terhadap wanita yang masih rendah di keluarga oleh sebab itu wanita di dalam keluarga masih kurang diperhatikan dibandingkan laki-laki. Sebagai contoh:

- 1) Wanita mengeluarkan energi lebih banyak di dalam keluarga. Wanita yang bekerja sesampainya di rumah tidak langsung beristirahat karena umumnya mempunyai banyak peran, seperti memasak, menyiapkan makan, membersihkan rumah dan lain sebagainya,
- 2) distribusi makan di dalam keluarga umumnya tidak menguntungkan ibu dimana pada umumnya ibu makan terakhir, sehingga pada keluarga miskin ibu mempunyai resiko lebih tinggi,
- 3) kurang perhatian dan kasih sayang keluarga terhadap wanita, misalnya penyakit pada wanita atau penyulit yang terjadi pada waktu kehamilan dianggap sebagai suatu hal yang wajar.

c. Penyebab Mendasar;

Anemia gizi lebih sering terjadi pada kelompok penduduk sebagai berikut:

1) Pendidikan yang rendah; karena pada umumnya:

- kurang memahami kaitan anemia dengan faktor lainnya,
- kurang mempunyai akses mengenai informasi anemia dan penanggulangannya,
- kurang dapat memilih bahan makanan yang bergizi, khususnya yang mengandung zat besi relatif tinggi, (4)
- kurang dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia,

2) Ekonomi yang rendah; karena:

- kurang mampu membeli makanan sumber zat besi karena harganya relatif mahal,
- kurang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia,

3) Status sosial wanita yang masih rendah di masyarakat; mempunyai beberapa akibat yang mempermudah timbulnya anemia gizi. Sebagai contoh,

- rata-rata pendidikan wanita lebih rendah dari laki-laki. Hal ini terjadi karena anggapan bahwa anak perempuan tidak perlu sekolah yang tinggi;
- upah tenaga kerja wanita umumnya lebih rendah dari laki-laki pada hampir seluruh lapangan kerja,

- adanya kepercayaan yang merugikan, seperti pantangan makanan tertentu, mengurangi makan setelah trimester III agar bayinya kecil,
- 4) lokasi geografis yang buruk; yaitu lokasi yang menimbulkan kesulitan dari segi pendidikan dan ekonomi, seperti daerah terpencil, dan daerah endemis dengan penyakit yang memperberat anemia, seperti daerah endemis malaria.
(Desi & Dwi:2009)

3. Jenis-Jenis Anemia

Ada dua tipe anemia yang dikenal selama ini yaitu anemia gizi dan non gizi.

a. Anemia Gizi

1) Anemia Gizi Besi

Kekurangan pasokan zat gizi besi (Fe) yang merupakan inti molekul hemoglobin sebagai unsur utama sel darah merah. Akibat anemia gizi besi terjadi pengecilan ukuran hemoglobin, kandungan hemoglobin rendah, serta pengurangan jumlah sel darah merah. Anemia zat besi biasanya ditandai dengan menurunnya kadar Hb total di bawah nilai normal (hipokromia), dan ukuran sel darah merah lebih kecil dari normal (mikrositosis). Tanda-tanda ini biasanya akan mengganggu metabolisme energi yang dapat menurunkan produktivitas. (Citrakesumasari, 2012)

Menurut CDC (1998) dan FAO/WHO (2001), defisiensi zat besi secara umum dapat terjadi karena meningkatnya

kebutuhan zat besi di dalam tubuh dan hambatan dalam bioavailabilitas (tingkat penyerapan zat di dalam tubuh). Peningkatan kebutuhan zat besi dapat disebabkan oleh kehilangan darah yang berlebihan, pesatnta pertumbuhan, atau kehamilan. Hambatan penyerapan zat besi dapat terjadi karena rendahnya konsumsi pangan sumber heme atau adanya gangguan (inhibitors) proses penyerapan di dalam tubuh.penghambat penyerapan tersebut meliputi serat, polifenol, fitat,dan kalsium susu. Dalam metode estimasi bioavailabilitas zat besi oleh Monsen et al, (1978), absorpsi termasuk kategori medium (10%) jika komposisi makanan mengandung pangan hewani (daging, ikan, unggas) 30-90 g dan asupan vitamin C 25-75 mg. (Briawan, 2014)

2) Anemia Gizi Vitamin E

Anemia defisiensi vitamin E dapat mengakibatkan integritas dinding sel darah merah menjadi lemah dan tidak normal sehingga sangat sensitif terhadap hemolisis (pecahnya seldarah merah). Karena vitamin E adalah faktor esensial bagi integritas sel darah merah. (Citrakesumasari, 2012)

Vitamin E merupakan antioksidan larut lemak yang mampu melindungi membran sel dari oksidasi. Defisiensi vitamin E secara klasik menyebabkan anemia hemolitik, tetapi ini sangat jarang terjadi karena vitamin E banyak terdapat

dalam makanan. Kelompok yang sering mengalami defisiensi vitamin E adalah bayi prematur dan penderita gangguan metabolisme (seperti sickle cell diseases). Bayi ini akan diberikan vitamin E, selain zat besi dan PUFA (Polyunsaturated Fatty Acid) untuk mencegah anemia. (Briawan, 2014)

3) Anemia Gizi Asam Folat

Keberadaan asam folat dalam metabolisme tubuh diperlukan sebagai kofaktor pada sintesis DNA dan siklus metilasi. Asam folat bersama dengan vitamin B₁₂ diperlukan untuk sintesis enzim metionin sintase. Asam folat merupakan komponen utama dalam pembentukan sel darah merah, seperti halnya produksi DNA sehingga juga diperlukan untuk perkembangan dan pertumbuhan sel. Asam Folat banyak ditemukan pada sumber pangan hijau daun (foliage). Akibat defisiensi menyebabkan anemia karena terganggunya pembelahan sel. Gejalanya seperti defisiensi vitamin B₁₂, yaitu cepat lelah, lemah dan napas tersengal/pendek.

Defisit asam Folat dapat menyebabkan anemia makrositik, karena folat diperlukan untuk proses eritropoiesis. Pada individu yang memiliki konsentrasi asam folat serum atau sel darah merahnya rendah akan terjadi perubahan morfologi dan jumlah sel darah.

Penyebab umum defisiensi asam folat adalah asupan yang rendah atau penyerapannya rendah karena asam folat terikat dengan senyawa lain di dalam pangan nabati. (Briawan, 2014)

4) Anemia Gizi Vitamin B12

Anemia ini disebut juga pernicious, keadaan dan gejalanya mirip dengan anemia gizi asam folat. Namun, anemia jenis ini disertai gangguan pada sistem alat pencernaan bagian dalam. Pada jenis yang kronis bisa merusak sel-sel otak dan asam lemak menjadi tidak normal serta posisinya pada dinding sel jaringan saraf berubah. Dikhawatirkan, penderita akan mengalami gangguan kejiwaan.

Vitamin ini dikenal sebagai penjaga nafsu makan dan mencegah terjadinya anemia dengan membentuk sel darah merah. Karena peranannya dalam pembentukan sel, defisiensi kobalamin bisa mengganggu pembentukan sel darah merah sehingga menimbulkan berkurangnya jumlah sel darah merah. Akibatnya terjadi anemia. Gejalanya meliputi kelelahan, kehilangan nafsu makan, diare, dan murung. Defisiensi berat B₁₂ potensial menyebabkan bentuk anemia fatal yang disebut Pernicious anemia.

Kebutuhan tubuh terhadap vitamin B₁₂ sama pentingnya dengan mineral besi. Vitamin B₁₂ ini bersama-sama besi berfungsi sebagai bahan pembentukan darah merah.

Bahkan kekurangan vitamin ini tidak hanya memicu anemia, melainkan dapat mengganggu sistem saraf.

5) Anemia Gizi Vitamin B6

Anemia ini disebut juga siderotic. Keadaannya mirip anemia gizi besi, namun bila darahnya diuji secara laboratoris, serum besinya normal. Kekurangan vitamin B6 akan mengganggu sintesis (pembentukan) hemoglobin. (Citrakesumasari, 2012)

b. Anemia Non Gizi

Anemia non gizi seperti anemia sel sabit dan talasemia, yang disebabkan oleh kelainan genetik.

1) Anemia Sel Sabit

Penyakit sel sabit (sickle cell disease/sickle cell anemia) adalah suatu penyakit keturunan yang ditandai dengan sel darah merah yang berbentuk sabit, kaku dan anemia hemolitik kronik. Pada penyakit sel sabit, sel darah merah memiliki hemoglobin (protein pengangkut oksigen) yang bentuknya abnormal, sehingga mengurangi jumlah oksigen di dalam sel dan menyebabkan bentuk sel menjadi seperti sabit. Sel yang berbentuk sabit akan akan menyumbat dan merusak pembuluh darah terkecil dalam limpa, ginjal, otak, tulang, dan organ lainnya, dan menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen ke organ tersebut. Sel sabit ini rapuh dan akan pecah pada saat melewati pembuluh darah, menyebabkan anemia berat, penyumbatan aliran darah,

kerusakan organ bahkan sampai pada kematian.
(Citrakesumasari, 2012)

2) Talasemia

Merupakan penyakit keturunan (genetik) dimana terjadi kelainan darah (gangguan pembentukan sel darah merah). Sel darah merah sangat diperlukan untuk mengangkut oksigen yang diperlukan oleh tubuh kita.

Pada penderita talasemia karena sel darah merahnya ada kerusakan (bentuknya tidak normal, cepat rusak, kemampuan membawa oksigennya menurun) maka tubuh penderita talasemia akan kekurangan oksigen, menjadi pucat, lemah, letih, sesak dan sangat membutuhkan pertolongan yaitu pemberian transfusi darah.
(Citrakesumasari, 2012)

3) Anemia Aplastik

Anemia aplastik adalah suatu kelainan yang ditandai oleh pansitopenia pada darah tepi dan penurunan selularitas sumsum tulang. Pada keadaan ini jumlah sel-sel darah yang diproduksi tidak memadai. Penderita mengalami pansitopenia, yaitu keadaan dimana terjadi kekurangan jumlah sel darah merah, sel darah putih dan trombosit.

Anemia aplastik sering diakibatkan oleh radiasi dan paparan bahan kimia. Akan tetapi, kebanyakan pasien penyebabnya adalah idiopatik, yang berarti penyebabnya tidak diketahui. Anemia aplastik dapat juga terkait dengan

infeksi virus dan dengan penyakit lainnya.
(Citrakesumasari, 2012)

B. Konsep Tentang Tablet Tambah Darah

1. Pengertian Tablet Tambah Darah

Penanggulangan masalah anemia gizi besi saat ini masih terfokus pada program pemerintah dengan pemberian suplemen besi atau dikenal dengan istilah tablet tambah darah. Tablet tambah darah adalah suplemen zat besi adalah cara yang efektif karena mengandung zat besi yang padat dan asam folat dalam upaya pencegahan dan pengobatan anemia pada remaja ataupun ibu hamil.(Kemenkes 2010)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (Hemoglobin) (Soebroto, 2009). Zat besi dalam tubuh dapat berkombinasi dengan protein sehingga mampu menerima dan melepaskan oksigen dan karbon dioksida. Jumlah zat besi dalam tubuh bervariasi menurut umur, jenis kelamin, status gizi, dan jumlah zat besi cadangan. Zat besi merupakan mineral esensial. Sumber zat besi yang baik antara lain hati, daging, kacang-kacangan, padi-padian, sereal yang telah difortifikasi, tepung kedelai, dan sayuran hijau gelap. Banyak orang yang menganggap bahwa bayam adalah sumber zat besi yang baik, tetapi bayam mengandung bahan yang menyebabkan zat besi lebih sulit diserap. Anjuran kecukupan zat besi untuk orang dewasa

adalah sebanyak 7-18 mg dan ibu hamil 27 mg. (Made D, pada Hardinsyah & Supariasa, 2014)

Penyerapan zat besi (Fe) terjadi apabila Fe sudah terpisah dari bahan organik (mis, protein) dan Fe^{3+} (feri) sudah direduksi menjadi Fe^{2+} (fero) oleh HCL lambung dan vitamin C. Penyerapan terjadi di bagian duodenum usus halus, yang pengaturannya tergantung kebutuhan tubuh. Setelah diserap oleh usus, Fe diangkut oleh darah dan di distribusikan ke seluruh jaringan tubuh dalam keadaan terikat pada protein transferin. Zat besi (Fe) tersebut antara lain digunakan untuk sistesis enzim-enzim pernafasan, Fe dalam plasma darah, produksi hemoglobin dan sel darah merah dalam tulang, di dalam hati, limfa dan lain-lain. Konsumsi daging sapi, daging ayam, ikan dan vitamin C akan meningkatkan penyerapan zat besi dari makanan nabati (sampai 2-3 kali). Adapun adanya serat pangan, asam fitat, asam oksalat, minuman berkarbonasi, teh dan kopi dapat menurunkan penyerapan zat besi zat besi memiliki sejumlah peran penting bagi tubuh, yaitu sebagai pengangkut (carrier) O_2 dan CO_2 , pembentukan sel darah merah, dan bagian dari enzim. Di dalam tubuh, zat besi terdapat dalam bentuk feritin, transferin, dan hemosiderin. . (Made D, pada Hardinsyah & Supariasa, 2014)

2. Spesifikasi Teknis Tablet Tambah Darah

a. Deskripsi

Tablet Tambah Darah Bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil
Tablet tambah darah berbentuk bulat/lonjong warna merah tua.

b. Komposisi

Setiap tablet tambah darah bagi wanita usia subur dan ibu hamil
sekurangnya mengandung :

- 1) Zat besi setara dengan 60 mg besi elemental (dalam bentuk
sediaan Ferro Sulfat, Ferro Fumarat atau Ferro Gluconat);
dan
- 2) Asam Folat 0,400 mg.

c. Spesifikasi Produk

- 1) Warna : Merah tua
- 2) bentuk : Bulat atau lonjong
- 3) Tablet salut gula

d. Kemasan

Kemasan: sachet, blister, strip, botol dengan dimensi yang
proporsional dengan isi tablet. Kemasan harus dapat menjamin
stabilitas dan kualitas tablet tambah darah bagi wanita usia
subur dan ibu hamil.

e. Registrasi dan Pelabelan

Registrasi dan pelabelan tablet tambah darah bagi wanita usia
subur dan ibu hamil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan
peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai
registrasi obat. (Permenkes, 2014)

3. Mekanisme Program Pemberian TTD Remaja Putri

Rekomendasi WHO pada World Health Assembly (WHA) ke-65 yang menyepakati rencana aksi dan target global untuk gizi ibu, bayi, dan anak, dengan komitmen mengurangi separuh (50%) prevalensi anemia pada WUS pada tahun 2025. Menindaklanjuti rekomendasi tersebut maka pemerintah Indonesia melakukan intensifikasi pencegahan dan penanggulangan anemia pada remaja putri dan WUS dengan memprioritaskan pemberian TTD melalui institusi sekolah (Kemenkes, 2016).

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019 menargetkan cakupan pemberian TTD pada remaja putri secara bertahap dari 10% (2015) hingga mencapai 30% (2019). Diharapkan sektor terkait di tingkat pusat dan daerah mengadakan TTD secara mandiri sehingga intervensi efektif dengan cakupan dapat dicapai hingga 90% (Kemenkes, 2016).

a. Tujuan Program

Secara umum, program ini bertujuan untuk menurunkan prevalensi anemia pada remaja putri dan WUS, dan secara khusus bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan cakupan pemberian TTD pada remaja putri dan WUS
- 2) Meningkatkan kepatuhan mengonsumsi TTD pada remaja putri dan WUS

- 3) Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan dalam penanggulangan anemia pada remaja putri dan WUS
- 4) Meningkatkan manajemen suplementasi TTD pada remaja putri dan WUS
- 5) Meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam pemberian TTD pada remaja putri dan WUS
- 6) Meningkatkan komitmen pengambil kebijakan dari tingkat pusat sampai daerah Kabupaten dan kota
- 7) Meningkatkan komitmen dan peran serta lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, swasta, LSM, dan masyarakat. (TP UKS, GP2SP/Perusahaan, dan KUA/tempat ibadah lainnya).

b. Sasaran Program

Sasaran program ini berdasarkan Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 yaitu (1) Pengelola program, terdiri dari Tenaga kesehatan, Kepala sekolah dan guru UKS serta Pengelola klinik kesehatan di tempat kerja; (2) Penerima program, terdiri dari Remaja Putri dan WUS, Orang tua dan masyarakat.

c. Pelaksanaan Program

Surat Edaran Nomor HK.03.03/V/0595/2016 tentang Pemberian Tablet tambah Darah Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur menjelaskan program ini dilakukan dengan memberikan tablet tambah darah bagi remaja putri dengan aturan pemberian tablet 1x per minggu. Jadi dalam satu bulan setiap remaja putri mengkonsumsi tablet tambah darah sebanyak 4 butir yang dilakukan sepanjang tahun.

d. Cara Pemberian

Pemberian TTD dilakukan secara blanket approach atau dalam bahasa Indonesia berarti “pendekatan selimut”, berusaha mencakup seluruh sasaran program dengan cara pemberian yang berpedoman pada Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 yaitu :

1) TTD Program

TTD program diberikan kepada remaja putri usia 12-18 tahun di sekolah dengan frekuensi 1 tablet setiap minggu sepanjang tahun. Pemberian TTD pada remaja putri di sekolah dapat dilakukan dengan menentukan hari minum TTD bersama setiap minggunya sesuai kesepakatan di masing-masing sekolah. Saat libur sekolah TTD diberikan sebelum libur sekolah.

2) TTD Mandiri

Pemberian TTD Mandiri dilakukan di tempat kerja dilakukan melalui klinik perusahaan, UKBM, dan kelompok lainnya seperti karang taruna, LSM, dan lain-lain. TTD dapat diperoleh secara mandiri dari apotek/ toko obat. TTD dikonsumsi 1 tablet setiap minggu sepanjang tahun.

e. Penyimpanan dan Pendistribusian

Berdasarkan Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016, sistem penyimpanan dan pendistribusian Tablet Tambah Darah Remaja Putri dijelaskan sebagai berikut :

1) Penyimpanan sebaiknya sesuai dengan standar penyimpanan obat, yaitu di tempat yang sejuk dan tidak boleh terkena sinar matahari langsung dan dalam kemasan tertutup rapat.

2) Pendistribusian

a) TTD Program

Ditjen Kefarmasian dan Alkes mendistribusikan TTD sesuai dengan usulan kebutuhan ke Instalasi Farmasi Provinsi. Instalasi Farmasi Provinsi mendistribusikan ke Instalasi Farmasi Kabupaten dan Kota (IFK). IFK mendistribusikan ke gudang farmasi puskesmas, dan selanjutnya puskesmas mendistribusikan TTD ke sekolah melalui pengelola program gizi. Perhitungan kebutuhan di

sekolah didasarkan pada data riil yang berasal dari Data Pokok Pendidikan (DAPODIK) terbaru dari SMP dan SMA atau yang sederajat.

b) TTD Mandiri

Remaja putri dan WUS dapat memperoleh TTD secara mandiri melalui UKBM, klinik perusahaan, apotek/toko obat, dan kelompok lainnya (karang taruna, tempat ibadah, LSM, dll).

f. Pencatatan dan Pelaporan

Sistem pencatatan dan pelaporan pendistribusian Tablet Tambah Darah Remaja Putri telah diatur dalam Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2016 dengan mekanisme sebagai berikut :

1) Pencatatan

Pencatatan dilakukan di institusi pendidikan melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) oleh tim pelaksana UKS di sekolah (guru UKS) sesuai dengan tugas tambahan. Pemberian TTD dicatat pada Kartu Suplementasi Gizi dan Buku Rapor Kesehatanku.

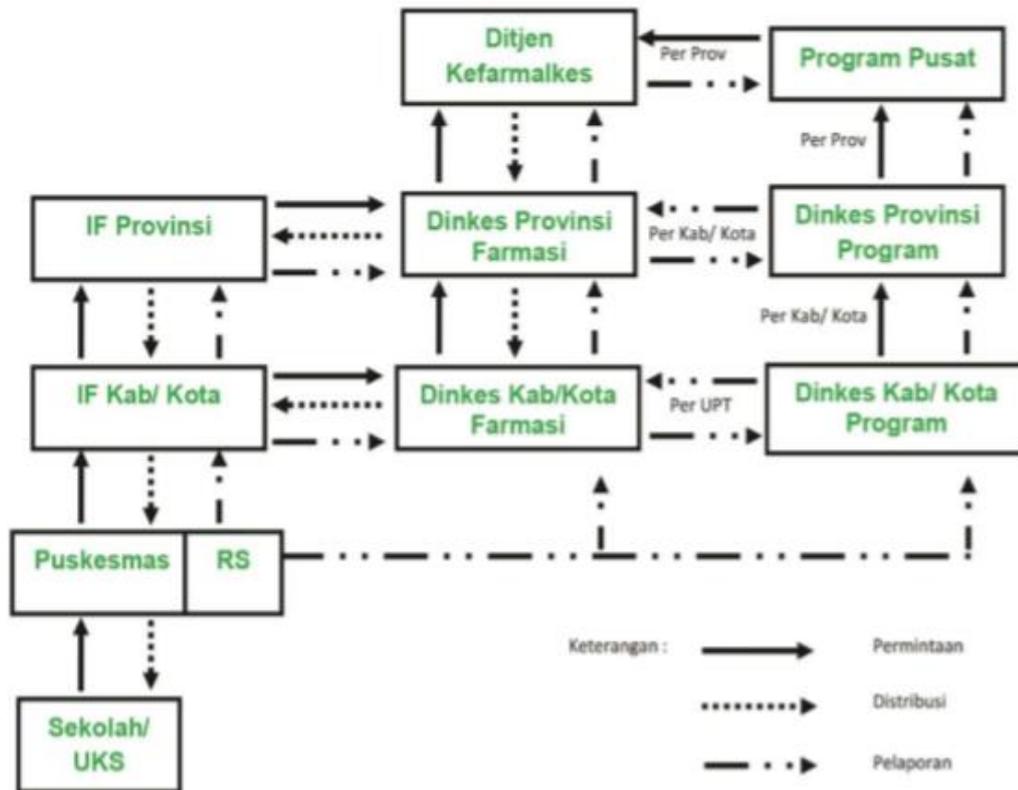
2) Pelaporan

Pelaporan pemberian TTD dan kepatuhan konsumsi TTD direkapitulasi dan dilaporkan oleh : (1) Sekolah, dimana

data pemberian TTD dan kepatuhan konsumsi TTD direkapitulasi oleh guru pembina UKS untuk dilaporkan ke Puskesmas, (2) Puskesmas, selanjutnya petugas puskesmas merekap laporan dari sekolah dan melaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten dan kota; (3) Dinas Kesehatan Kab/Kota, dimana Laporan dari Puskesmas direkap oleh pengelola program gizi dan dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi; (4) Dinas Kesehatan Provinsi, kemudian melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan kota dan Kabupaten yang ada di wilayah kerjanya dan hasilnya dilaporkan ke Kementerian Kesehatan; (6) Kementerian Kesehatan, selanjutnya melakukan rekapitulasi dan analisis semua laporan dinas kesehatan provinsi. Frekuensi pelaporan dari semua tingkatan dilakukan setiap 3 bulan sekali. Masing-masing tingkatan administrasi yang menerima laporan berkewajiban menganalisis laporan yang diterima dan menyampaikan umpan balik penerimaan laporan dan hasil analisisnya dalam rangka penilaian dan pengembangan program serta untuk memacu kesinambungan pelaporan. Masing-masing tingkatan administrasi juga berkewajiban untuk memberikan umpan balik sebagai informasi hasil

pelaksanaan pemberian TTD yang telah dilakukan pada wilayah kerja. (Kemenkes RI,2016)

Gambar 2.1
Alur Permintaan dan Distribusi TTD Program



Sumber: Modifikasi Ditjen Kefarmasian dan Alkes, 2016

C. Tinjauan Umum Tentang Remaja

1. Definisi Remaja

Remaja atau adolescence berasal dari Bahasa Latin (adolescer) yang berarti tumbuh. Remaja adalah individu baik perempuan maupun laki-laki yang berada pada usia antara anak-

anak dan dewasa. Selama proses tumbuh kembangnya menuju dewasa berdasarkan kematangan psikososial dan seksual usia remaja dikelompokkan menjadi tiga tahap yaitu masa remaja awal atau dini (early adolescenes) usia 11 – 13 tahun, masa remaja pertengahan (middle adolescenes) usia 14 – 16 tahun, dan masa remaja lanjut (late adolescenes) usia 17 – 20 tahun.

Papalia dan Olds, tidak memberikan pengertian remaja secara eksplisit melainkan secara implisit melalui pengertian masa remaja (adolescence). Menurut Papalia dan Olds, masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluh tahun. Sedangkan Anna Freud, berpendapat bahwa pada masa remaja terjadi proses perkembangan meliputi perubahan-perubahan yang berhubungan dengan perkembangan psikoseksual, dan juga terjadi perubahan dalam hubungan dengan orangtua dan cita-cita mereka, di mana pembentukan cita-cita merupakan proses pembentukan orientasi masa depan.(Jahja & Yurik, 2011)

Masa remaja (adolescence) merupakan masa terjadinya perubahan yang berlangsung cepat dalam hal pertumbuhan fisik, kognitif, dan psikososial. Masa ini merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju remaja yang ditandai dengan banyak

perubahan, di antaranya penambahan massa otot, jaringan lemak tubuh, dan perubahan hormon. Perubahan tersebut mempengaruhi kebutuhan gizi. Selain itu, kebutuhan gizi pada remaja juga dipengaruhi oleh faktor psikologis dan sosial. (Hardinsyah & Supariasa, 2014)

Masa remaja dibagi berdasarkan kondisi perkembangan fisik, psikologi, dan sosial. WHO/UNICEF (2005) membaginya menjadi tiga fase, yaitu :

- 1) Remaja awal (10-14 tahun)
- 2) Remaja pertengahan (14-17 tahun)
- 3) Remaja akhir (17-21 tahun)

Pada remaja perempuan, growth spurt terjadi pada 12-18 bulan sebelum menarche (10-14 tahun). Pertumbuhan berlanjut selama 7 tahun atau saat remaja sampai pada usia 21 tahun. Selama masa ini, terjadi percepatan pertumbuhan yang meliputi 45% pertumbuhan tulang dan 15-25% pertumbuhan tinggi badan (WHO/UNICEF, 2005). Selama masa growth spurt, sebanyak 37% total massa tulang terbentuk. Penambahan lemak lebih banyak pada remaja perempuan sehingga lemak tubuh perempuan pada masa dewasa 22% dibandingkan pada laki-laki dewasa yang hanya 15%. Pembentukan lemak tubuh sebanyak 15-19% terjadi di masa anak-anak hingga mencapai 20% di masa remaja (Adriani & Wirjatmadi, 2012). Pada remaja laki-laki terjadi lebih banyak

pertumbuhan otot dan tulang dengan lemak tubuh normal sekitar 12%. Tinggi badan remaja laki-laki akan bertambah setinggi 18 cm, sedangkan remaja perempuan lebih rendah. Perbedaan tersebut yang menyebabkan terjadinya perbedaan zat gizi remaja laki-laki dan perempuan (Kathleen & Escott Srump, 2004).

Masa remaja adalah suatu tahapan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Istilah ini menunjukkan masa dari awal pubertas sampai tercapainya kematangan, biasanya mulai dari usia 14 tahun pada pria dan usia 12 tahun pada wanita. Pada masa pubertas organ-organ reproduksi telah mulai berfungsi. Salah satu ciri masa pubertas adalah mulai terjadinya menstruasi pada perempuan (Proverawati & Asufah, 2009).

Menstruasi merupakan proses fisiologis pelepasan endometrium yang banyak terdapat pembuluh darah, peristiwa ini terjadi setiap 1 bulan sekali. Siklus haid adalah jarak antara mulainya haid yang lalu dengan haid berikutnya, karena jam mulainya haid tidak diperhitungkan dan tepat pada waktunya keluar haid dari ostium uteri ekstrnum tidak dapat diketahui, maka panjang siklus haid 25,1 hari, pada usia 43 tahun adalah 27,1 hari dan pada wanita 55 tahun adalah 51,9 hari (Prawirohardjo, 2010). Pada manusia siklus haid normal 25 sampai 32 hari. Wanita yang mengalami ovulasi siklus haidnya berkisar antara 18 sampai 42 hari kurang lebih 97 %. Masa remaja biasanya siklus haid belum teratur.

Jika siklus haid kurang dari 18 hari atau lebih dari 42 hari tidak teratur, remaja yang mengalami siklus menstruasinya 42 hari biasa siklus haidnya tidak berovulasi 27,1 hari dan pada wanita 55 tahun adalah 51,9 hari (Prawirohardjo, 2010)

2. Ciri-ciri Remaja

Seperti halnya pada semua periode yang penting, selang rentang kehidupan masa remaja mempunyai ciri-ciri tertentu yang membedakannya dengan periode sebelumnya dan sesudahnya. Masa remaja ini, selalu merupakan masa-masa sulit bagi remaja maupun orangtuanya. (Sidik Jatmika, 2010)

Menurut Hurlock, E.B., ciri-ciri remaja tersebut adalah :

- a. Masa remaja sebagai periode yang penting Pada periode remaja, baik akibat langsung maupun akibat jangka panjang tetaplah penting. Perkembangan fisik yang begitu cepat disertai dengan cepatnya perkembangan mental, terutama pada masa awal remaja. Semua perkembangan ini menimbulkan perlunya penyesuaian mental serta perlunya membentuk sikap, nilai, dan minat baru.
- b. Masa remaja sebagai periode peralihan Pada fase ini, remaja bukan lagi seorang anak dan bukan juga orang dewasa. Kalau remaja berperilaku seperti anak-anak, ia akan diajari untuk bertindak sesuai dengan umurnya. Kalau remaja berusaha berperilaku sebagaimana orang dewasa, remaja seringkali

dituduh terlalu besar ukurannya dan dimarahi karena mencoba bertindak seperti orang dewasa. Di lain pihak, status remaja yang tidak jelas ini juga menguntungkan karena status memberi waktu kepadanya untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan pola perilaku, nilai, dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya.

- c. Masa remaja sebagai periode perubahan Tingkat perubahan dalam sikap dan perilaku selama masa remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. Selama awal masa remaja, ketika perubahan fisik terjadi dengan pesat, perubahan perilaku dan sikap juga berlangsung pesat. Kalau perubahan fisik menurun, maka perubahan sikap dan perilaku juga menurun.
- d. Masa remaja sebagai usia bermasalah Setiap periode perkembangan mempunyai masalahnya sendiri-sendiri, namun masalah masa remaja sering menjadi persoalan yang sulit diatasi baik oleh anak laki-laki maupun anak perempuan. Ketidakmampuan mereka untuk mengatasi sendiri masalahnya menurut cara yang mereka yakini, banyak remaja akhirnya menemukan bahwa penyelesaiannya tidak selalu sesuai dengan harapan mereka.
- e. Masa remaja sebagai masa mencari identitas Pada tahun-tahun awal masa remaja, penyesuaian diri terhadap kelompok masih tetap penting bagi anak laki-laki dan perempuan. Lambat laun

mereka mulai mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal, seperti sebelumnya. Status remaja yang mendua ini menimbulkan suatu dilema yang menyebabkan remaja mengalami “krisis identitas” atau masalah-masalah identitas-ego pada remaja.

- f. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan
Anggapan stereotip budaya bahwa remaja suka berbuat semaunya sendiri atau “semau gue”, yang tidak dapat dipercaya dan cenderung berperilaku merusak, menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja yang takut bertanggung jawab dan bersikap tidak simpatik terhadap perilaku remaja yang normal.
- g. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik
Masa remaja cenderung memandang kehidupan melalui kaca mata berwarna merah jambu. Ia melihat dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana yang ia inginkan dan bukan sebagaimana adanya, terlebih dalam hal harapan dan cita-cita. Harapan dan cita-cita yang tidak realistik ini, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarga dan teman-temannya, menyebabkan meningginya emosi yang merupakan ciri dari awal masa remaja. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain

mengecewakannya atau kalau ia tidak berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkannya sendiri.

- h. Masa remaja sebagai ambang masa dewasa. Semakin mendekatnya usia kematangan yang sah, para remaja menjadi gelisah untuk meninggalkan stereotip belasan tahun dan untuk memberikan kesan bahwa mereka sudah hampir dewasa. Berpakaian dan bertindak seperti orang dewasa ternyata belumlah cukup. Oleh karena itu, remaja mulai memusatkan diri pada perilaku yang dihubungkan dengan status dewasa, yaitu merokok, minum minuman keras, menggunakan obat-obatan, dan terlibat dalam perbuatan seks bebas yang cukup meresahkan. Mereka menganggap bahwa perilaku yang seperti ini akan memberikan citra yang sesuai dengan yang diharapkan mereka. (Sidik Jatmika, 2010)

3. Kebutuhan Gizi Remaja

Masa remaja adalah masa peralihan dari anak-anak menjadi remaja muda sampai dewasa. Kondisi penting yang berpengaruh terhadap kebutuhan zat gizi masa remaja adalah pertumbuhan cepat memasuki usia pubertas, kebiasaan jajan, menstruasi dan perhatian terhadap penampilan fisik citra tubuh (body image) pada remaja putri. Pada remaja putri, perhatian harus lebih ditekankan terhadap persiapan mereka sebelum menikah. (Kemenkes, 2015)

Pemenuhan kebutuhan zat gizi pada masa remaja perlu diperhatikan karena :

- a. Terjadi peningkatan kebutuhan zat gizi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik dan psikis
- b. Perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan pada remaja mempengaruhi kebutuhan dan asupan zat gizi.
- c. Kebutuhan zat gizi khusus perlu diperhatikan , terutama pada kelompok remaja dengan aktivitas olahraga tinggi, kehamilan, gangguan perilaku makan, diet ketat, konsumsi alkohol, dan obat-obatan.

Zat gizi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan selama masa bayi, balita, hingga remaja, dengan kebutuhan gizi pada remaja lebih besar dibandingkan dua masa sebelumnya. Kebutuhan gizi pada remaja dipengaruhi oleh pertumbuhan pada masa pubertas. Kebutuhan gizi yang tinggi terdapat pada periode pertumbuhan yang cepat (growth spurt). (Hardinsyah & Supriasa, 2014)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Jahja, mengemukakan bahwa masa remaja adalah suatu masa perkembangan. Pada masa remaja terjadi perubahan yang cepat baik secara fisik, maupun psikologis. Ada beberapa perkembangan yang terjadi selama masa remaja yaitu :

- a. Peningkatan emosional yang terjadi secara cepat pada masa remaja awal yang dikenal sebagai masa storm & stress. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik terutama hormon yang terjadi pada masa remaja. Dari segi kondisi sosial, peningkatan emosi ini merupakan tanda bahwa remaja berada dalam kondisi baru yang berbeda dari masa-masa yang sebelumnya. Pada fase ini banyak tuntutan dan tekanan yang ditujukan kepada remaja, misalnya mereka diharapkan untuk tidak lagi bertingkah laku seperti anak-anak, mereka harus lebih mandiri, dan bertanggung jawab. Kemandirian dan tanggung jawab ini akan terbentuk seiring berjalannya waktu, dan akan tampak jelas pada remaja akhir yang duduk di awal-awal masa kuliah di Perguruan Tinggi.
- b. Perubahan yang cepat secara fisik juga disertai dengan kematangan seksual. Terkadang perubahan ini membuat remaja merasa tidak yakin akan diri dan kemampuan mereka sendiri. Perubahan fisik yang terjadi secara cepat, baik perubahan internal seperti sistem sirkulasi, pencernaan, dan sistem respirasi maupun perubahan eksternal seperti tinggi badan, berat badan, dan proporsi tubuh sangat berpengaruh terhadap konsep diri remaja.
- c. Perubahan dalam hal yang menarik bagi dirinya dan hubungannya dengan orang lain. Selama masa remaja banyak

hal-hal yang menarik bagi dirinya dibawa dari masa kanak-kanak digantikan dengan hal menarik yang baru dan lebih matang. Hal ini juga dikarenakan adanya tanggung jawab yang lebih besar pada masa remaja, maka remaja diharapkan untuk dapat mengarahkan ketertarikan mereka pada hal-hal yang lebih penting. Perubahan juga terjadi dalam hubungannya dengan orang lain. Remaja tidak lagi berhubungan hanya dengan individu dari jenis kelamin yang sama, tetapi juga dengan lawan jenis, dan dengan orang dewasa.

- d. Perubahan nilai, di mana apa yang mereka anggap penting pada masa kanak-kanak menjadi kurang penting, karena telah mendekati dewasa.
- e. Kebanyakan remaja bersikap ambivalen dalam menghadapi perubahan yang terjadi. Di satu sisi mereka menginginkan kebebasan, tetapi di sisi lain mereka takut akan tanggung jawab yang menyertai kebebasan itu, serta meragukan kemampuan mereka sendiri untuk memikul tanggung jawab itu. (Jahja & Yurik, 2011)

5. Masalah Gizi Dan Kesehatan Pada Remaja

a. Gangguan makan

Terdapat dua macam gangguan makan, yaitu anoreksia dan bulimia nervosa. Kedua gangguan ini biasanya terjadi akibat timbulnya obsesi untuk membentuk tubuh langsing dengan cara

menguruskan badan. Seseorang dengan gangguan anoreksia mempunyai tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Sangat mengontrol asupan makan, biasanya membatasi asupan dengan konsumsi makanan rendah kalori.
- 2) Kehilangan berat badan drastis semenjak individu tersebut melarang dirinya mengonsumsi makanan berat. Apabila merasakan berat badannya naik, individu tersebut akan melakukan olahraga berat dan sengaja memuntahkan makanannya agar berat badannya turun.
- 3) Tanda lain adalah tidak menstruasi selama minimal tiga bulan berturut turut karena gangguan fungsi hormonal.

Anoreksia berbeda dengan bulimia. Penderita anoreksia berusaha menahan lapar dan tidak makan atau hanya 2-3 sendok makan nasi per hari, sedangkan penderita bulimia lebih cenderung binge eating atau makan berlebihan, yaitu makan dalam porsi banyak, kemudian mengeluarkannya kembali dengan obat pencahar atau diuretik untuk mengontrol berat badan. Penyebab kedua gangguan tersebut antara lain body image, biologis, psikologi, sosial, keluarga, media, dan budaya. Komplikasi yang akan terjadi dalam jangka waktu panjang antara lain kerusakan mulut, kerongkongan, tenggorokan, dan esofagus, dengan wujud berupa luka dan perdarahan. Selain itu, dapat pula terjadi pembengkakan kelenjar saliva, kerusakan

gigi dan gusi, luka dan kapalan pada punggung jari, dan merusak ginjal serta gangguan saluran cerna akibat konsumsi obat pencahar atau obat diuretik lain. (Susetyowati dlm buku Hardinsyah & Supariasa, 2014)

b. Anemia

Anemia merupakan keadaan jumlah eritrosit atau kadar Hb dalam darah kurang dari normal (<12 g%). Hal tersebut menyebabkan penurunan kemampuan Hb dan eritrosit membawa oksigen ke seluruh tubuh sehingga tubuh menjadi cepat lelah dan lemas. Penyebab anemia antara lain perdarahan hebat, kadar zat besi, asam folat, dan vitamin B₁₂ dalam tubuh rendah, leukimia dan penyakit kronis. Tanda-tanda anemia antara lain lemah, letih, lesu, kurang bergairah dalam beraktivitas sehari-hari dan sesak. (Hardinsyah & Supariasa, 2014)

Remaja perempuan beresiko lebih tinggi mengalami anemia dibandingkan remaja laki-laki karena perempuan mengalami menstruasi setiap bulan sehingga banyak kehilangan zat besi. Anemia gizi besi pada remaja perempuan menjadi berbahaya apabila tidak ditangani dengan baik, terutama untuk persiapan hamil dan melahirkan. Remaja perempuan dengan anemia beresiko melahirkan bayi BBLR (<2500 gram), melahirkan bayi prematur, infeksi neonatus, dan

kematian pada ibu dan bayi saat proses persalinan. Anemia pada remaja perempuan yang sedang hamil juga meningkatkan resiko hipertensi dan penyakit jantung pada bayinya. (WHO, 2005).

c. Makan Tidak Teratur

Sarapan berfungsi untuk menjaga kondisi tubuh, meningkatkan konsentrasi belajar, dan sumber tenaga untuk beraktivitas. Remaja biasa melewatkan sarapan dan makan siang karena aktivitas yang tinggi baik di sekolah maupun di luar sekolah. Selain itu remaja lebih menyukai makanan “nol kalori” sehingga menghilangkan nafsu makan terhadap makanan bergizi. Makanan “nol kalori” tersebut berasal dari restoran fast food seperti pizza, fried chicken, spageti, dan kentang goreng. Hal tersebut jika berlangsung secara terus menerus akan meningkatkan resiko obesitas sehingga memicu timbulnya penyakit degeneratif seperti diabetes melitus dan hipertensi (Adriani & Wirjatmadi, 2012)

D. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yaitu penginderaan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan

tersebut yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan , dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tertentu.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (open behavior). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Ada 6 tingkat pengetahuan yaitu (Notoatmodjo, 2012)

1. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik

dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (Comprehension)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi terus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terdapat suatu obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (Aplication)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil atau yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (Syntesis)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam

suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain kemampuan menyusun formulasi yang baru dengan formula yang ada.

6. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasar pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. (Notoatmodjo, 2012)

E. Tinjauan Umum Tentang Sikap

1. Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012). Dalam bagian lain Allport 1954 (dalam Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

2. Pembentukan Sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah faktor-faktor genetik dan fisiologik, sebagaimana dikemukakan bahwa sikap dipelajari, namun demikian individu membawa ciri sifat tertentu yang menentukan arah perkembangan sikap ini. Di lain pihak, faktor fisiologik ini memainkan peranan penting dalam pembentukan sikap melalui kondisi-kondisi fisiologik, misalnya usia, atau sakit sehingga harus mengonsumsi obat tertentu. Misalnya waktu masih muda, individu mempunyai sikap negatif terhadap obat-obatan, tetap setelah menderita sakit sehingga secara rutin harus mengonsumsi obat-obatan tertentu.

1) Pengalaman pribadi.

Untuk menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat karena itu sikap mudah terbentuk jika melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan berbekas. Jika tidak ada pengalaman pribadi terhadap objek akan cenderung menimbulkan sikap negatif terhadap objek.

2) Faktor-faktor genetik dan fisiologik.

Sebagaimana dikemukakan bahwa sikap dipelajari, namun demikian individu membawa ciri sifat tertentu yang menentukan arah perkembangan sikap ini. Di lain pihak, faktor fisiologik ini memainkan peranan penting dalam pembentukan sikap melalui

kondisi-kondisi fisiologik, misalnya usia atau sakit sehingga harus mengonsumsi obat tertentu. Misalnya waktu masih uda, individu mempunyai sikap negatif terhadap obat-obatan, tetapi setelah menderita sakit sehingga secara rutin harus mengonsumsi obat-obatan tertentu.

3) Kebudayaan

Pembentukan sikap tergantung pada kebudayaan tempat individu tersebut dibesarkan. Contohnya pada sikap orang kota dan orang desa terhadap kebebasan dalam pergaulan. Setiap individu memiliki pola sikap tertentu karena mendapat penguatan dari masyarakat.

4) Orang lain yang dianggap penting

Orang di sekitar kita merupakan salah satu komponen sikap yang mempengaruhi sikap. Yaitu orang-orang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah laku dan opini kita, orang yang tidak ingin dikecewakan, dan yang berarti khusus. Umumnya individu tersebut akan memiliki sikap yang searah (konformis) dengan orang yang dianggap penting.

5) Media massa sebagai media komunikasi berupa media cetak

dan elektronik mempunyai pengaruh besar dalam membentuk opini atau kepercayaan meskipun tidak sebesar orang-orang di sekitar. Informasi dari media akan membawa pesan sugestif

yang jika cukup kuat akan memberi dasar efektif dalam menilai sesuatu sehingga terbentuk arah sikap tertentu.

6) Lembaga pendidikan dan agama,

Kedua lembaga ini mempengaruhi pembentukan sikap karena meletakkan dasar pengertian dan konsep moral pada individu. Karena sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga konsep ini ikut menentukan sikap individu.

7) Pengaruh emosional

Sikap yang terbentuk karena emosi biasanya merupakan suatu penyaluran frustrasi atau mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap sementara dan berlalu jika emosi sudah berlalu. (Notoatmodjo, 2012).

3. Perubahan Sikap

Sikap adalah suatu bentuk keadaan psikologis yang tidak begitu saja terbentuk atau tetap saja keadaannya, sikap berubah sesuai dengan keadaan yang mempengaruhinya. Langkah-langkah dalam perubahan sikap, perhatian dan pemahaman subjek terhadap stimulus yang dapat berupa komunikasi atau pesan yang disampaikan akan menentukan apa yang akan dipelajari oleh subjek mengenai isi pesan tersebut, sedangkan proses-proses lain dianggap menentukan apakah isi yang dipelajari itu akan diterima oleh subjek ataukah tidak. Terdapat faktor-faktor yang menghambat dan menunjang perubahan sikap.

Faktor-faktor yang menghambat :

- a. Stimulus bersifat indeferent, sehingga faktor perhatian kurang berperan terhadap stimulus yang diberikan.
- b. Tidak memberikan harapan atau masa depan (arti psikologik)
- c. Adanya penolakan terhadap stimulus tersebut, sehingga tidak ada pengertian terhadap stimulus tersebut.

Faktor-faktor yang menunjang :

- 1) Dasar utama terjadinya perubahan sikap adalah adanya imbalance dan hukuman, di mana individu mengasosiasikan reaksinya yang disertai dengan imbalance dan hukuman.
- 2) Stimulus mengandung harapan bagi individu sehingga dapat terjadinya perubahan dalam sikap.
- 3) Stimulus mengandung prasangka bagi individu yang mengubah sikap semula
- 4) Selain faktor-faktor yang diungkapkan di atas, ada juga faktor-faktor lain yang berhubungan dengan perubahan sikap. Variabel yang mempengaruhi dari faktor sumber berupa keahlian, dapat tidaknya dipercaya, disukai, status, ras dan agama. Dari faktor pesan berupa urutan argumentasi, daya tarik pesan, satu pihak atau dua pihak. Dari faktor subjek sikap semula, kemudahan dibujuk, kepandaian dan kepribadian. (Notoatmodjo, 2012).

4. Pengukuran Sikap

Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap adalah masalah pengukuran atau pengukuran sikap. Sikap

merupakan respon penilaian yang dapat berbentuk negatif atau positif. Hal ini berarti bahwa dalam sikap terkandung adanya rasa suka atau tidak suka terhadap sesuatu sebagai objek sikap. Berbagai teknik dan metode telah dikembangkan oleh para ahli guna mengungkapkan sikap manusia dan memberikan interpretasi yang valid. Berawal dari metode-metode langsung yang sederhana sampai pada metode yang lebih komplis, terus berkembang sejalan dengan perkembangan konsepsi mengenai sikap itu sendiri. Metode pengungkapan sikap yang secara historik telah dilakukan yaitu :

a. Observasi perilaku

Kalau seseorang menampilkan perilaku yang konsisten atau berulang misalnya seorang remaja suka merokok meskipun masih menggunakan seragam sekolah, bukankah kita berkesimpulan bahwa ia bersikap menerima kebiasaan merokok pada remaja meski masih menggunakan seragam. Oleh karena itu, sangat masuk akal tampaknya apabila sikap bisa ditafsirkan dari bentuk perilaku yang tampak. Tetapi kadang-kadang ada juga perilaku yang ditampilkan berbeda dengan sikap yang dimiliki oleh individu. Ini dikarenakan individu menyembunyikan sikap yang sebenarnya dengan berbagai alasan. Misalnya, ada remaja yang tidak suka merokok tetapi ia ketika berkumpul dengan teman-temannya ikut merokok dikarenakan ia tidak mau dikucilkan oleh teman-temannya. Dengan demikian, perilaku yang kita amati

mungkin saja dapat menjadi indikator sikap dalam konteks situasional tertentu.

b. Penanyaan langsung

Asumsi yang mendasari metode penanyaan langsung guna pengungkapan sikap pertama adalah asumsi bahwa individu merupakan orang yang paling tahu mengenai dirinya sendiri dan kedua adalah asumsi bahwa manusia akan mengungkapkan secara terbuka apa yang dirasakannya. Oleh karena itu, dalam metode ini jawaban yang diberikan oleh mereka yang ditanyai dijadikan indikator sikap mereka. Pengungkapan sikap dengan penanyaan langsung memiliki keterbatasan dan kelemahan yang mendasar, misalnya individu tidak tahun hal yang sebenarnya tentang dirinya atau bahkan ia tidak memberikan jawaban yang sebenarnya.

c. Skala sikap

Metode pengungkapan sikap yang sering digunakan sampai sekarang ini adalah skala sikap. Skala sikap sampai saat ini masih dianggap sebagai metode pengungkapan sikap yang paling dapat diandalkan dan sederhana, seperti yang diungkapkan oleh Saifuddin: "Metode pengungkapan sikap dalam bentuk self-report yang hingga kini dianggap sebagai paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pernyataan-pernyataan yang harus dijawab oleh individu yang disebut sebagai skala sikap". Salah satu

sifat skala sikap adalah isi pernyataan yang dapat berupa pernyataan langsung yang jelas tujuannya, akan tetapi dapat pula berupa pernyataan tidak langsung yang tujuannya kurang jelas bagi responden. Respon individu terhadap pernyataan-pernyataan sikap yang berupa jawaban setuju atau tidak setuju itulah yang menjadi indikator sikap seseorang.

d. Pengukuran terselubung

Metode pengukuran terselubung sebenarnya berorientasi kembali ke metode observasi perilaku tetapi sebagai objek pengamatan perilaku yang tidak disadari atau sengaja dilakukan oleh seseorang melainkan reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi di luar kendali orang yang bersangkutan. (Notoatmodjo, 2012).

F. Tinjauan Umum tentang Kepatuhan

1. Pengertian

Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (Pranoto, 2007), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin.

Menurut Smet (2006) kepatuhan adalah tingkat dimana seseorang melaksanakan suatu aturan dan perilaku yang disarankan oleh orang lain. Kepatuhan juga merupakan suatu bentuk perilaku.

Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia, sedang dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia (Heri P, 1999). Sedangkan Niven (2002) mengatakan bahwa kepatuhan yang berasal dari kata dasar patuh yang berarti taat atau disiplin.

Kemudian Taylor (1991), mendefinisikan kepatuhan terhadap pengobatan adalah perilaku yang menunjukkan sejauh mana individu mengikuti anjuran yang berhubungan dengan kesehatan atau penyakit. Dan Delameter (2006) mendefinisikan kepatuhan sebagai upaya keterlibatan aktif, sadar dan kolaboratif dari pasien terhadap perilaku yang mendukung kesembuhan. (Notoatmodjo, 2003).

Kepatuhan merupakan hasil akhir dari perubahan perilaku yang dimulai dari peningkatan pengetahuan, setelah seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang sesuatu maka akan merubah sikap orang tersebut terhadap pengetahuan yang baru dimilikinya dan selanjutnya seseorang akan merubah perilakunya, dan dalam merubah perilakunya seseorang terlebih dahulu menilai manfaat yang akan didapatkan (Notoatmodjo, 2003).

Ada beberapa macam terminologi yang biasa digunakan dalam literatur untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya compliance, adherence, dan persistence. Compliance adalah secara pasif mengikuti saran dan perintah dokter untuk

melakukan terapi yang sedang dilakukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). Adherence adalah sejauhmana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (adherence) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012).

Kepatuhan merupakan ketaatan atau ketidaktaatan pada perintah, aturan dan disiplin. Perubahan sikap dan perilaku individu di mulai dari tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Kepatuhan dimulai dari individu yang mematuhi anjuran tanpa kerelaan karena takut hukuman atau sanksi. Tahap identifikasi adalah kepatuhan karena merasa diawasi. Jadi pengukuran kepatuhan melalui identifikasi adalah sementara dan kembali tidak patuh lagi bila sudah merasa tidak diawasi lagi. Tahap internalisasi adalah tahap individu melakukan sesuatu karena memahami makna, mengetahui pentingnya tindakan untuk meminum obat secara rasional. Jadi kepatuhan dapat diukur dari individu yang mematuhi atau mentaati karena telah memahami makna suatu ketentuan yang berlaku. Perubahan sikap dan individu dimulai dari patuh terhadap aturan atau institusi, seringkali memperoleh imbalan atau janji jika menurut anjuran atau pedoman (Kelman, 1986). Dari berbagai studi terbukti bahwa

compliance menghasilkan perubahan perilaku yang bersifat sementara, dan individu cenderung kembali ke pandangan atau perilakunya yang semula jika pengawasan kelompok mengendur atau jika dia pindah dari kelompoknya (Sunaryo, 2013)

2. Prinsip Kepatuhan

Menurut Cialdini dan Martin (2004) dalam Suciati (2015) terdapat enam

prinsip dasar dalam hal kepatuhan. Hal-hal tersebut yakni komitmen, hubungan sosial, kelangkaan, resiprositas, validasi sosial, dan otoritas. Dalam prinsip komitmen atau konsistensi, ketika kita telah meningkatkan diri pada suatu posisi atau tindakan, kita akan lebih mudah memenuhi permintaan akan suatu hal yang konsisten dengan posisi atau tindakan sebelumnya. Dalam prinsip hubungan sosial atau rasa suka, kita cenderung lebih mudah memenuhi permintaan teman atau orang yang kita sukai daripada permintaan teman atau orang yang tidak kita kenal, atau kita benci. Dalam prinsip kelangkaan, kita lebih menghargai dan mencoba mengamankan objek yang langka atau berkurang ketersediaannya. Oleh karena itu, kita cenderung memenuhi permintaan yang menekankan kelangkaan daripada yang tidak. Dalam prinsip timbal balik, kita lebih mudah memenuhi permintaan dari seorang yang sebelumnya telah memberikan bantuan kepada kita. Dalam prinsip validasi sosial, kita lebih mudah memenuhi

permintaan untuk melakukan suatu tindakan jika konsisten dengan apa yang kita percaya bahwa orang lain akan melakukannya juga. Kita ingin bertingkah laku benar, dan satu cara untuk memenuhinya adalah dengan bertingkah laku dan berpikir seperti orang lain. Dalam prinsip otoritas, kita lebih mudah memenuhi permintaan orang lain yang memiliki otoritas yang diakui, atau setidaknya tampak memiliki otoritas.

3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Dalam hal kepatuhan Carpenito (2013) berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya :

- a. Pemahaman tentang instruksi. Tidak seorang pun mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya.
- b. Tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mental nya bertambah baik, akan tetapi pada umur-umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan

mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur-umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. Hal ini menunjang dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah.

- c. Keyakinan, sikap dan kepribadian. Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih, memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidakpatuhan.
- d. Dukungan sosial, Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga atau teman merupakan faktor penting dalam kepatuhan.

Menurut Kozier (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

- a. Motivasi klien untuk sembuh
- b. Tingkat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan

- c. Persepsi keparahan masalah kesehatan
- d. Nilai upaya mengurangi ancaman penyakit
- e. Kesulitan memahami dan melakukan perilaku khusus
- f. Tingkat gangguan penyakit atau rangkaian terapi
- g. Keyakinan bahwa terapi yang diprogramkan akan membantu atau tidak membantu
- h. Kerumitan , efek samping yang diajukan
- i. Warisan budaya tertentu yang membuat kepatuhan menjadi sulit dilakukan
- j. Tingkat kepuasan dan kualitas serta jenis hubungan dengan penyediaan layanan kesehatan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Milgram (1963) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu :

- a. Status lokasi, dimana semakin penting lokasi tempat diberikan instrumen maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan. Hal ini menunjukkan bahwa prestise meningkatkan kepatuhan.
- b. Tanggung jawab personal, dimana semakin besarnya tanggung jawab personal maka tingkat kepatuhan akan meningkat.
- c. Legitimasi dari figur otoritas. Legitimasi dalam hal ini dapat diartikan

seberapa jauh masyarakat mau menerima dan mengakui kewenangan,

keputusan, atau kebijakan yang diambil oleh seorang pemimpin. Menurut Milgram, sekelompok orang cenderung untuk memenuhi perintah dari orang lain jika mereka mengenal otoritas mereka dengan baik secara moral maupun hukum yang berlaku dalam berbagai situasi.

- d. Status dari figur otoritas. Pada saat melakukan penelitian, Milgram mengenakan mantel laboratorium yang dapat memberikan status tinggi dan berakibat pada peningkatan kepatuhan dari subyek yang diteliti, namun ketika ia menggunakan pakaian sehari-hari kepatuhan menjadi berkurang. Sehingga ia menyimpulkan bahwa status dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan.
- e. Dukungan rekan, dimana jika seseorang memiliki dukungan sosial dari teman mereka untuk tidak patuh, maka ketaatan mungkin akan berkurang. Juga kehadiran orang lain yang terlihat tidak mematuhi figur otoritas mengurangi tingkat ketaatan.
- f. Kedekatan dengan figur otoritas, dimana semakin dekat jarak instruksi dari sosok otoritas maka tingkat kepatuhan semakin tinggi

4. Cara Meningkatkan Kepatuhan

Menurut Windiasari (2009), beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam mentaati semua

nasihat dan petunjuk yang dianjurkan untuk tercapainya keberhasilan pengobatan yang dilakukan yaitu :

- a. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- c. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektifitas obat dalam penyembuhan.
- e. Memberikan informasi risiko ketidakpatuhan.
- f. Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- g. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen, atau sejenisnya.
- h. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- i. Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian untuk pemberian obat yang digunakan lebih

dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain :

a. Segi Penderita

Usaha yang dapat dilakukan penderita diabetes mellitus untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan yaitu:

- 1) Meningkatkan kontrol diri. Penderita harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan. Kontrol diri dapat dilakukan meliputi kontrol berat badan, kontrol makan dan emosi.
- 2) Meningkatkan efikasi diri. Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.
- 3) Mencari informasi tentang pengobatan. Kurangnya pengetahuan atau informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari informasi mengenai penyakitnya dan terapi medisnya, informasi

tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan di rumah sakit. Penderita hendaknya benar-benar memahami tentang penyakitnya dengan cara mencari informasi penyembuhan penyakitnya tersebut.

- 4) Meningkatkan monitoring diri. Penderita harus melakukan monitoring diri, karena dengan monitoring diri penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya seperti keadaan gula dalam darahnya, berat badan, dan apapun yang dirasakannya

b. Segi Tenaga Medis

Usaha-usaha yang dilakukan oleh orang-orang di sekitar penderita untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan antara lain:

- 1) Meningkatkan keterampilan komunikasi para dokter. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.
- 2) Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah orang yang berstatus tinggi bagi

kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.

- 3) Memberikan dukungan sosial. Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan, Smet (1994) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bisa diberikan dengan bentuk perhatian dan memberikan nasehatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya.
- 4) Pendekatan perilaku. Pengelolaan diri yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan

5. Monitoring Kepatuhan

Untuk mengukur sejauh mana kepatuhan ibu hamil dan remaja dalam mengkonsumsi tablet tambah darah dengan dengan baik dan teratur dapat meliputi :

- a. Terjadinya perubahan warna hitam pada tinja menunjukkan bahwa sasaran telah minum TTD. Adanya Fe dalam tinja dapat diketahui juga dengan tes Afifi.

- b. Dengan membawa kemasan (bungkus aluminium) kembali kepada petugas, dengan menunjukkan kembali berapa jumlah tablet TTD yang tidak dikonsumsi oleh sasaran.
- c. Supervisi dan monitoring berlaku untuk melihat apakah Tablet Tambah Darah betul-betul dikonsumsi oleh sasaran.
- d. Dengan melihat perkembangan kesehatan kelompok sasaran, dapat juga diketahui apakah sasaran mengonsumsi tablet tambah darah.

G. Konsep Pelibatan Keluarga

Pelibatan Keluarga adalah salah satu cara untuk mendekatkan atau meningkatkan akses dengan mendatangi keluarga.

1. Pengertian Keluarga

Keluarga menurut sejumlah ahli adalah sebagai unit sosial-ekonomi terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dasar dari semua institusi, merupakan kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi (UU Nomor 10 Tahun 1992 Pasal 1 Ayat 10; Khairuddin 1985; Landis 1989; Day et al. 1995; Gelles 1995; Ember dan Ember 1996; Vosler 1996). Menurut U.S. Bureau of the Census Tahun 2000 keluarga terdiri atas orang-orang yang hidup dalam satu rumah tangga (Newman dan Grauerholz 2002; Rosen (Skolnick dan Skolnick 1997) dalam Puspitawati H, 2012)

Keluarga juga seperti diamanahkan oleh Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga: Bab II: Bagian Ketiga Pasal 4 Ayat (2), bahwa Pembangunan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenteram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. Menurut Mattessich dan Hill (Zeitlin 1995), keluarga merupakan suatu kelompok yang berhubungan kekerabatan, tempat tinggal, atau hubungan emosional yang sangat dekat yang memperlihatkan empat hal (yaitu interdependensi intim, memelihara batas-batas yang terseleksi, mampu untuk beradaptasi dengan perubahan dan memelihara identitas sepanjang waktu, dan melakukan tugas-tugas keluarga). Definisi lain menurut Settels (Sussman dan Steinmetz 1987), keluarga juga diartikan sebagai suatu abstraksi dari ideologi yang memiliki citra romantis, suatu proses, sebagai satuan perlakuan intervensi, sebagai suatu jaringan dan tujuan/peristirahatan akhir. Lebih jauh, Frederick Engels dalam bukunya *The Origin of the Family, Private Property, and the State*, yang mewakili pandangan radikal menjabarkan keluarga mempunyai hubungan antara struktur sosial-ekonomi masyarakat dengan bentuk dan isi dari keluarga yang didasarkan pada sistem patriarkhi (Ihromi 1999).

2. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998), terdapat lima fungsi keluarga yaitu :

- a. Fungsi afektif (The Affective Function) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c. Fungsi reproduksi (The Repproduction Function) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga
- d. Fungsi ekonomi (The Economic Function) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (The Health Care Function) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan

anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan (Notoatmodjo, 2010)

3. Ciri-Ciri Keluarga

Burgest dan Locke (1960) mengemukakan 4 (empat) ciri keluarga yaitu (a) Keluarga adalah susunan orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan (pertalian antar suami dan istri), darah (hubungan antara orangtua dan anak) atau adopsi; (b) Anggota-anggota keluarga ditandai dengan hidup bersama dibawah satu atap dan merupakan susunan satu rumahtangga. Tempat kos dan rumah penginapan bisa saja menjadi rumahtangga, tetapi tidak akan dapat menjadi keluarga, karena anggota-anggotanya tidak dihubungkan oleh darah, perkawinan

atau adopsi, (c) Keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang berinteraksi dan berkomunikasi yang menciptakan peranan-peranan sosial bagi si suami dan istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, saudara laki-laki dan saudara perempuan; Peranan-peranan tersebut diperkuat oleh kekuatan tradisi dan sebagian lagi emosional yang menghasilkan pengalaman; dan (d) Keluarga adalah pemelihara suatu kebudayaan bersama yang diperoleh dari kebudayaan umum. Stephens mendefinisikan keluarga sebagai suatu susunan sosial yang didasarkan pada kontrak perkawinan termasuk dengan pengenalan hak-hak dan tugas orangtua; tempat tinggal suami, istri dan anak-anak; dan kewajiban ekonomi yang bersifat reciprocal antara suami dan istri (Eshelman 1991 dalam Puspitawati, 2012)

4. Tujuan Keluarga

Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anaknya yang meliputi agama, psikologi, makan dan minum, dan sebagainya. Adapun tujuan membentuk keluarga adalah untuk mewujudkan kesejahteraan bagi anggota keluarganya. Keluarga yang sejahtera diartikan sebagai keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan fisik dan mental yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa serta memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antar

anggota keluarga, dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya (Landis 1989; BKKBN 1992). Ditambahkan oleh Pitts yang dikutip oleh Kingsbury dan Scanzoni (Boss et al. 1993) bahwa tujuan dari terbentuknya keluarga adalah sebagai suatu struktur yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis anggotanya dan untuk memelihara masyarakat yang lebih luas. Dalam mencapai tujuan keluarga, Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 21 Tahun 1994 menyebutkan adanya delapan fungsi yang harus dijalankan oleh keluarga meliputi fungsi pemenuhan kebutuhan fisik dan non fisik yang terdiri atas fungsi keagamaan, sosial-budaya, cinta kasih, melindungi, reproduksi, sosialisasi dan pendidikan, ekonomi, dan pembinaan lingkungan (BKKBN 1996). Menurut United Nation (1993) fungsi keluarga meliputi fungsi pengukuhan ikatan suami istri, prokreasi dan hubungan seksual, sosialisasi dan pendidikan anak, pemberian nama dan status, perawatan dasar anak, perlindungan anggota keluarga, rekreasi dan perawatan emosi, dan pertukaran barang dan jasa. Menurut Mattensich dan Hill (Zeitlin et al., 1995) fungsi pemeliharaan fisik sosialisasi dan pendidikan, akuisisi anggota keluarga baru melalui prokreasi atau adopsi, kontrol perilaku sosial dan seksual, pemeliharaan moral keluarga dan dewasa melalui pembentukan pasangan seksual, dan melepaskan anggota keluarga dewasa (Puspitawati, H. 2012)

Menurut konsep sosiologi, tujuan keluarga adalah mewujudkan kesejahteraan lahir (fisik, ekonomi) dan batin (sosial, psikologi, spiritual, dan mental). Secara detil tujuan dan fungsi keluarga dapat diuraikan sebagai berikut: 1. Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarganya yang meliputi kebutuhan fisik (makan dan minum), psikologi (disayangi/diperhatikan), spiritual/ agama, dan sebagainya. Adapun tujuan membentuk keluarga adalah untuk mewujudkan kebahagiaan dan kesejahteraan bagi anggota keluarganya, serta untuk melestarikan keturunan dan budaya suatu bangsa. Keluarga yang sejahtera diartikan sebagai keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan fisik dan mental yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa serta memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antar anggota keluarga, dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya (Landis 1989; BKKBN 1992). 2. Pitts yang dikutip oleh Kingsbury dan Scanzoni (Boss et al. 1993) menjelaskan bahwa tujuan dari terbentuknya keluarga adalah untuk mewujudkan suatu struktur/ hierarkis yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis para anggotanya dan untuk memelihara kebiasaan/ budaya masyarakat yang lebih luas. 3. Dalam mencapai tujuan keluarga, Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 21 Tahun 1994

(BKKBN, 1996) menyebutkan adanya delapan fungsi yang harus dijalankan oleh keluarga meliputi fungsi-fungsi pemenuhan kebutuhan fisik dan nonfisik yang terdiri atas fungsi: (a) Keagamaan, (b) Sosial, (c) Budaya, (d) Cinta kasih, (e) Perlindungan, (f) Reproduksi, (g) Sosialisasi dan pendidikan, (h) Ekonomi, dan (1) Pembinaan lingkungan.

4. Menurut United Nations (1993) fungsi keluarga meliputi fungsi pengukuhan ikatan suami istri, prokreasi dan hubungan seksual, sosialisasi dan pendidikan anak, pemberian nama dan status, perawatan dasar anak, perlindungan anggota keluarga, rekreasi dan perawatan emosi, dan pertukaran barang dan jasa.

5. Menurut Mattensich dan Hill (Zeitlin et al. 1995) fungsi keluarga terdiri atas pemeliharaan fisik sosialisasi dan pendidikan, akuisisi anggota keluarga baru melalui prokreasi atau adopsi, kontrol perilaku sosial dan seksual, pemeliharaan moral keluarga dan pendewasaan anggota keluarga melalui pembentukan pasangan seksual, dan melepaskan anggota keluarga dewasa.

6. Selanjutnya Rice dan Tucker (1986) menyatakan bahwa fungsi keluarga meliputi fungsi ekspresif, yaitu fungsi untuk memenuhi kebutuhan emosi dan perkembangan anak termasuk moral, loyalitas dan sosialisasi anak, dan fungsi instrumental yaitu fungsi manajemen sumberdaya keluarga untuk mencapai berbagai tujuan keluarga melalui

prokreasi dan sosialisasi anak dan dukungan serta pengembangan anggota keluarga.(Puspitawati, H. 2012)

5. Aspek-aspek Keterlibatan Orangtua

Keterlibatan orangtua memiliki aspek-aspek menurut Nasution dan Nasution (Mariska, 2014), sebagai berikut:

a. Mengasuh dan membimbing anak-anaknya

Setiap orangtua berkewajiban untuk memberikan asuhan dan bimbingan kepada anak-anaknya. Sebab asuhan dan bimbingan itulah yang akan menentukan masa depan anak. Bimbingan dan asuhan yang baik akan memberikan pengaruh yang baik pula kepada seorang anak hingga pertumbuhan dan perkembangannya dapat tumbuh secara wajar, dan segala potensi-potensi yang masih terpendam dalam dirinya akan dapat diungkapkan.

b. Mengawasi pendidikan anak-anaknya

Pengawasan yang diberikan oleh orangtua dimaksudkan sebagai penguat disiplin supaya pendidikan anak jangan terbengkalai. Karena terbengkalainya pendidikan seorang anak bukan saja akan merugikan dirinya sendiri, tetapi juga lingkungan kehidupannya. Secara psikologis, orangtua yang tidak pernah memberikan pengawasan kepada anak-anaknya, tidak mendapat tempat yang baik dihati anak-anaknya. Anak-anak akan merasakan bahwa orangtuanya tidak memperhatikan

dirinya dan mereka pun enggan memperhatikan orangtuanya pula dengan adanya perhatian dan pengawasan yang diberikan kepada pendidikan anak-anak, maka dengan sendirinya rasa cinta kepada orangtuanya semakin besar. Sebab anak menyadari betapa besar pengorbanan dan kasih sayang orangtuanya kepadanya. Itulah yang memberikan pengertian kepada anak, bahwa pengawasan orangtuanya kepada dirinya adalah wajar.

c. Mengemudikan pergaulan anak-anaknya

Pergaulan anak perlu dikemudikan oleh orangtuanya dengan tujuan supaya anak dapat memilih hal-hal mana yang perlu diambilnya dari pergaulannya. Sebagai anak maka daya jangkau dan pertimbangan akalinya belumlah jauh kedepan hingga akibatnya anak pun kurang dapat mengetahui dalam memilih intisari yang berguna dari hasil pergaulannya itu. Bila orangtua tidak mengendalikan hasil pergaulan itu akan turut menempa kepribadian anak kelak dan kehidupannya. Orangtua harus menyadari bahwa permainan adalah melatih anak untuk bertanggung jawab dalam kehidupannya karena dalam kehidupan ini diperlukan orang-orang yang bersedia bertanggungjawab terhadap semua perbuatannya.

Allen & Daly (Ritonga, 2013) menggambarkan keterlibatan orangtua, meliputi:

- (a). Meluangkan waktu bersama anak, termasuk di dalamnya frekuensi hubungan, kualitas waktu yang dihabiskan bersama (melakukan sesuatu seperti berbagi makanan, berbagai waktu luang bersama, atau menghabiskan waktu bersama dengan membaca), dan merasa mudah mengakses keberadaan orangtua, termasuk di dalamnya adalah jumlah waktu ayah dan ibu menghabiskan rutinitas perawatan fisik, seperti memandikan, menyiapkan makanan, dan menghabiskan waktu luangnya untuk bermain bersama anak, serta seberapa efektif, bermanfaat dan timbal balik permainannya.
- (b) Kualitas hubungan orangtua-anak, dikatakan orangtua terlibat jika hubungannya dengan anak dapat digambarkan seperti: peka, hangat, dekat, bersahabat, mendukung, akrab, mengasuh, penuh kasih sayang, memberikan harapan, menghibur, dan menerima dengan kata lain, orangtua yang terlibat adalah jika anaknya berkembang pesat, dan terjamin kasih sayang terhadap anaknya.
- (c) Menanam kebaikan dalam peran-peran ayah dan ibu, menggambarkan dengan menggolongkan orangtua yang autoritatif (latihan ketepatan kontrol dan batasannya saat membiarkan mandiri, merespon untuk saat tertentu dan disiplin, memantau aktifitas anak).

Tabel 2.1 Tabel Sintesa Penelitian Terkait

No	Judul penelitian, Nama Peneliti, tempat dan, tahun penelitian	Metode dan Sampel	Masalah utama	Hasil/kesimpulan
1	<p><i>Adherence to iron supplementation amongst pregnant mothers in Surabaya, Indonesia: Perceived benefits, barriers and family support</i>, oleh Mira Triharini, dkk, di Surabaya, Jawa Timur tahun 2016</p>	<p>Penelitian cross-sectional. Sampel Sebanyak 102 wanita memenuhi kriteria inklusi dan terdiri dari populasi sampel di kali Kedinding Puskesmas Sidotopo Wetan dan Tanah</p>	<p>Ketaatan terhadap suplementasi zat besi dapat mencegah anemia selama kehamilan. Namun, kepatuhan terhadap suplementasi zat besi tetap menjadi masalah di banyak negara. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi korelasi antara manfaat yang dirasakan dan hambatan yang dirasakan serta dukungan keluarga untuk suplementasi zat besi dengan kepatuhan pada praktik ini. di antara wanita hamil</p>	<p>Manfaat yang dirasakan Hambatan yang dirasakan dan dukungan keluarga dicatat berkorelasi dengan kepatuhan pada Suplementasi zat besi di antara wanita hamil di Surabaya, Indonesia. Dari enam pernyataan dukungan keluarga, "Keluarga saya telah mendukung saya untuk menghadiri perawatan antenatal secara teratur" memperoleh skor tertinggi ($3,56 \pm 0,69$) dan "Keluarga saya telah memberi saya nasehat tentang keluhan yang saya miliki dalam meminum tablet besi" mencapai skor terendah ($1,90 \pm 1,44$). Kesimpulan: Manfaat yang</p>

				diterima, hambatan yang dirasakan, dan dukungan keluarga terkait dengan kepatuhan terhadap penerapan; dengan demikian mengembangkan persepsi yang baik dan dukungan keluarga harus dipromosikan dengan baik.
2	<i>Compliance with Iron-Folate Supplement and Associated Factors among Antenatal Care Attendant Mothers in Misha District, South Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study</i> , oleh AbinetAregaSadore, dkk, di Ethiopia, tahun 2015	Studi cross-sectional berbasis masyarakat yang didukung dengan wawancara mendalam dilakukan dari 1 Maret hingga 30 Maret 2015. Ukuran sampel ditentukan dengan menggunakan proporsi populasi tunggal menjadi 303. Teknik pengambilan sampel acak sederhana digunakan untuk memilih peserta penelitian.	Di Etiopia, proporsi yang lebih tinggi dari wanita hamil adalah anemia. Meskipun upaya tersebut telah mengurangi anemia defisiensi besi selama kehamilan, hanya beberapa wanita yang memakai suplemen zat besi yang direkomendasikan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai kepatuhan terhadap suplemen zat besi dan faktor terkait di antara perawatan antenatal. ibu yang hadir di Mishadistrict, SouthEthiopia	Hasil. Kandungan serum yang ditemukan adalah 39,2%. Pengetahuan ibu tentang anemia (AOR = 4,451, 95% CI = (2,027, 9,777)), pengetahuan tentang suplemen zat besi (AOR = 3.509, 95% CI = (1.442, 8.537)), dan konseling tentang suplemen zat besi (AOR = 4.093, 95% CI = (2.002, 8.368)) secara signifikan terkait kepatuhan terhadap suplemen zat besi-folat. Kesimpulan. Keadaan suplemen zat besi-folat selama kehamilan masih

				sangat rendah. Penelitian ini menunjukkan bahwa memberikan wanita dengan penjelasan tentang asupan tablet zat besi dan mendidik manfaat kesehatan tablet zat besi dapat meningkatkan kepatuhan dengan suplemen zat besi-folat.
3	<i>Husband Influences on Pregnant Women Who Following Consumption Iron Supplementation Program</i> oleh Sudjarmiko Setyobudihonoa, dkk, di Banjarmasin Tahun 2015	Metode protokol verbal retrospektif. Wawancara mendalam dilakukan dengan sampel 40 orang, usia kehamilan di atas 25 minggu dan telah mengikuti program setidaknya 90 hari	Kurangnya motivasi adalah salah satu penyebab masalah ketidakpatuhan dan kurangnya motivasi menjadi penyebab ketidakpatuhan terhadap proses pengobatan anemia besi pada ibu hamil yang memakai tablet zat besi. Tujuan dari penelitian kualitatif ini adalah untuk memahami peran suami dalam pengambilan keputusan ibu hamil untuk mengkonsumsi tablet zat besi berdasarkan kearifan budaya lokal	Dalam analisis terungkap bahwa wanita hamil juga mengungkapkan beberapa atribut baru yang berkaitan dengan pengaruh peran suami dalam proses pengambilan keputusan. Atribut tambahan ini sesuai dengan kearifan budaya lokal yang ada dan berlaku di kalangan masyarakat suku di Indonesia Banjar patuh pada ajaran Islam, toleransi dan kebaikan bersama, dan mematuhi persetujuan suami
4	Case Study dalam mengatasi	10 keluarga dgn teknik	Remaja yang berisiko	Hasil intervensi

	<p>Anemia pada remaja putri di keluarga dengan model HEMA Coach (Health Education, Modifikasi Perilaku, dan Coaching), oleh Teti Rahmawati, di wilayah Curug Cimanggis Kota Depok</p>	<p>purposive sampling, desain penelitian adalah studi kasus</p>	<p>mengalami anemia yang disebabkan kurangnya zat besi di dalam tubuh dengan berbagai faktor pencetus.</p>	<p>keperawatan, menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi terkait masalah anemia yaitu dari tidak ada keluarga yang memiliki pengetahuan baik menjadi 8 keluarga memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan manajemen nutrisi meningkat dari tidak ada keluarga yang memiliki pengetahuan baik menjadi 9 keluarga memiliki pengetahuan baik. Respon yang ditunjukkan keluarga saat melakukan intervensi adalah aktif dan antusias. Terjadinya peningkatan sikap dari 10 keluarga, yaitu dari 3 menjadi 8 keluarga yang memiliki sikap baik. Sedangkan sikap keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi meningkat dari 2</p>
--	---	---	--	--

				<p>menjadi 8 keluarga yang memiliki sikap baik.</p> <p>Hasil intervensi juga menunjukkan peningkatan keterampilan sebelum dan setelah dilakukan intervensi dari tidak ada menjadi 9 keluarga yang terampil melakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia. Keterampilan dalam menyusun menu meningkat dari tidak ada menjadi 8 keluarga yang terampil. Keterampilan dalam memilih, mengolah, dan menyajikan makanan juga meningkat dari tidak ada menjadi 9 keluarga yang terampil.</p> <p>Kesimpulan: Terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam mengatasi masalah anemia pada remaja putri.</p>
--	--	--	--	---

5	<p>Dukungan Guru Meningkatkan Kepatuhan Konsumsi Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri Di Kota Bogor, oleh Annisa Nuradhiani, dkk.</p> <p>Penelitian dilakukan di Kota Bogor pada tiga SMP (SMP PGRI 7, SMP Bhakti Insani, dan SMPN 12 Kota Bogor) dan tiga SMA/ sederajat (MAN 2 Bogor, SMA Bhakti Insani, dan SMKN 1 Kota Bogor) dari bulan Juli 2016 hingga Januari 2017,</p>	<p>Desain penelitian adalah quasi experimental. Subjek pada masing-masing kelompok dalam penelitian ini terdiri dari 40 remaja putri tingkat SMP dan 40 remaja putri tingkat SMA. Sehingga total subjek adalah 240 remaja putri dari 6 sekolah terpilih dengan kriteria inklus</p>	<p>Program pemberian TTD pada remaja putri tingkat SMP dan SMA di Kota Bogor sudah dilaksanakan sejak tahun 2015 dengan pemberian kartu monitoring kepatuhan. Akan tetapi, data mengenai tingkat kepatuhan mengonsumsi TTD pada remaja putri belum ada. Berdasarkan pelaksanaan program di tahun 2015, kurangnya kepatuhan ini dikarenakan monitoring dan evaluasi program pemberian TTD kepada remaja putri yang belum maksimal. Kurangnya kesadaran remaja putri untuk mengonsumsi TTD, disamping kurangnya dukungan dari pihak luar untuk mengingatkan konsumsi TTD menjadi salah satu penyebab masih rendahnya kepatuhan remaja putri mengonsumsi TTD</p>	<p>Data yang dikumpulkan adalah kepatuhan mengonsumsi TTD, persepsi tentang TTD, pengetahuan gizi dan motivasi, serta dukungan orangtua dan guru. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan tingkat kepatuhan pada ketiga kelompok perlakuan ($p < 0,05$). Kelompok M+TP memiliki tingkat kepatuhan tertinggi dibandingkan kelompok M dan M+T. Tingkat kepatuhan saat mingguan lebih tinggi (15%) dibandingkan ketika menstruasi. Faktor yang paling memengaruhi tingkat kepatuhan adalah adanya dukungan guru ($p < 0,05$; OR=4,7; 95%CI:1,5-14,2). Kartu monitoring yang dikembangkan dapat meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD remaja</p>
---	--	--	---	---

				putri.
6	Hubungan Konseling Dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Fe, oleh Ratna Juwita, di wilayah kerja puskesmas Sikijang Tahun 2015	Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan crosssectional. Sampel pada penelitian ini adalah 70 orang ibu hamil. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara proportional random sampling.	Kejadian anemia di Puskesmas Sikijang mengalami peningkatan. Sedangkan pendistribusian pemberian tablet Fe ³ pada ibu hamil sudah mencapai target. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan konseling dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet Fe	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara konseling dengan tingkat kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet Fe dengan p value 0,034. Berdasarkan hasil kuesioner yang berikan kepada responden lebih banyak keluarga yang tidak mendukung responden. Berdasarkan item pertanyaan, responden yang mendapatkan dukungan terendah pada kuesioner 5 yang menyatakan keluarga/suami mengingatkan responden tentang dampak akibat jika ibu tidak meminum tablet Fe sebanyak 21,4%. Keluarga/suami yang melakukan pengawasan terhadap ibu saat

				<p>meminum obat yaitu sebanyak 44,3% Sedangkan dukungan tertinggi pada pernyataan keluarga/suami mengingatkan agar ibu meminum tablet Fe yaitu sebanyak 84,3% dan keluarga/suami mengajak ibu ketenaga kesehatan jika obat telah habis Terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe dengan p value 0,029</p>
7	<p>Pengaruh Pendidikan Gizi Metode Peer Educator Terhadap Perubahan Perilaku Remaja Putri Pada Pencegahan Anemia Defisiensi Besi Di Kota Semarang, oleh Lu'lu'atul Khodijah dkk, di SMK</p>	<p>Quasy Experimental dengan desain Pre-Post Control Group. Sampel yang digunakan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing sebanyak 40 siswi. Pengambilan dengan</p>	<p>Pencegahan terfokus pada ibu hamil. Sedangkan remaja putri yang nantinya mengalami kehamilan belum diberikan intervensi yang tepat. Pendidikan gizi diperlukan untuk mencegah permasalahan. Metode Peer</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan pengetahuan sebesar, sikap serta praktik pada pencegahan anemia defisiensi besi pada kelompok intervensi</p>

	Semarang, Agustus 2018	teknik purposive sampling	Educator dipilih karena peran teman dekat bagi remaja sangat besar dalam perubahan perilaku	
8	Potensi Pendidikan Gizi Dalam Meningkatkan Asupan Gizi Pada Remaja Putri Yang Anemia Di Kota Medan, Verarica Silalahio, Evawany Aritonang, Taufik Ashar, di SMPN Kota Medan, Tahun 2015	Quasy experiment dengan rancangan pretest-posttest group. Populasi adalah seluruh remaja putri yang anemia. Sampel adalah total populasi yang dipilih dengan kriteria inklusi dan eksklusi.	Remaja putri di SMP Negeri 21 Medan diduga anemia karena sering mengalami pusing, lemas dan ngantuk di kelas yang merupakan gejala anemia. Hasil pemeriksaan hemoglobin di SMP Negeri 21 Medan didapatkan sebanyak 76 remaja putri (88,37%) mengalami anemia. Hal ini menandakan bahwa anemia menjadi masalah kesehatan pada kelompok remaja putri di lokasi tersebut. Pemberian pendidikan gizi pada remaja putri diharapkan dapat menambah pengetahuan remaja putri tentang gizi khususnya tentang anemia, dan diharapkan dapat mengubah pola makan sehingga asupan gizi menjadi lebih baik.	Asupan gizi diketahui dengan metode food recall 24 jam (dua kali). Hasil menunjukkan bahwa skor pengetahuan gizi meningkat dari 62,39±12,05 poin menjadi 72,31±17,01 poin. Asupan gizi (protein, vitamin C, vitamin A, asam folat, besi, zink, tembaga) mengalami penurunan sesudah intervensi. Ada perbedaan bermakna ($p < 0,05$) skor pengetahuan gizi sebelum dan sesudah intervensi. Tidak ada perbedaan ($p > 0,05$) asupan gizi sebelum dan sesudah intervensi. Hasil ini menunjukkan bahwa pendidikan gizi hanya meningkatkan pengetahuan gizi remaja

				putri, tetapi tidak meningkatkan asupan gizi.
9	Efektivitas Leaflet dan Konseling terhadap Kepatuhan Minum Tablet Besi dan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil dengan Anemia di Puskesmas di Kabupaten Bogor, oleh Venni Vernissa dkk, di Bogor tahun 2013.	Rancangan penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimen, dengan intervensi berupa konseling oleh apoteker pada 79 ibu hamil dengan anemia di Puskesmas Cibungbulan dan pemberian leaflet pada 79 ibu hamil dengan anemia di Puskesmas Cileungsi Kabupaten Bogor	Sebagian besar anemia pada ibu hamil di Indonesia disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) akibat ketidakpatuhannya meminum tablet besi. Penelitian ini menilai efektivitas leaflet dibandingkan konseling terhadap peningkatan kepatuhan minum tablet besi dan kadar hemoglobin (Hb) ibu hamil dengan anemia di dua puskesmas di Kabupaten Bogor.	konseling oleh apoteker atau pemberian leaflet pada ibu hamil dengan anemia meningkatkan kepatuhan minum tablet besi ($P < 0,05$) secara bermakna. Efektivitas leaflet dan konseling terhadap peningkatan kepatuhan minum tablet besi pada ibu hamil dengan anemia secara statistik tidak berbeda. Peningkatan kepatuhan minum obat dan makan makanan yang mengandung protein setiap hari dapat meningkatkan kadar Hb secara bermakna ($P < 0,05$). Ibu hamil dengan anemia yang patuh minum tablet besi, kadar Hb-nya meningkat 3,24 kali dibandingkan yang tidak.

				Ibu hamil dengan anemia yang makan makanan yang mengandung protein setiap hari, kadar Hb-nya meningkat 2,31 kali dibandingkan ibu yang tidak makan makanan yang mengandung protein
--	--	--	--	--

b. Dasar Pemikiran

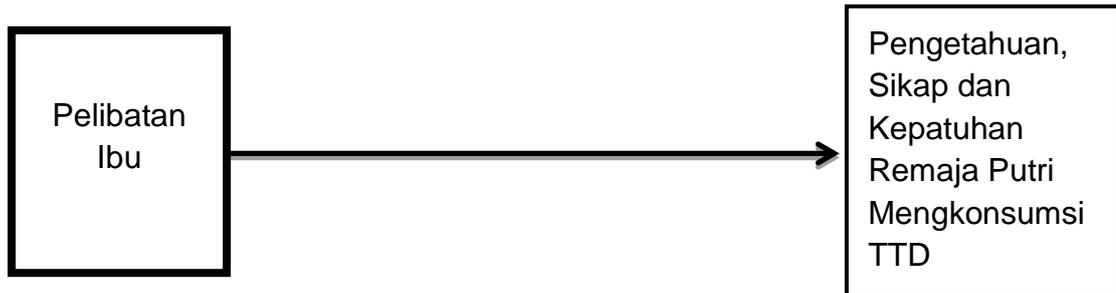
1. Kerangka Pikir

Remaja putri memiliki resiko tinggi untuk anemia dan kekurangan gizi (Upadhye JV dkk, 2017). Kebutuhan zat besi pada remaja putri meningkat karena mengalami pertumbuhan yang pesat pada masa pubertas. Anemia pada remaja putri dapat menurunkan daya tahan tubuh, kebugaran, dan prestasi belajar. Selain itu, tidak hanya mempengaruhi kehidupannya dalam jangka pendek, namun berpengaruh pada jangka panjang yaitu kehamilannya nantinya. Remaja putri merupakan calon ibu yang dapat meningkatkan resiko Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), prematur, BBLR, stunting dan gangguan neurokognitif (Kemenkes,2016).

Menurut Putri dkk, pengetahuan dan kepatuhan konsumsi TTD merupakan faktor yang dapat mempengaruhi anemia pada remaja putri dimana tingkat ketidakpatuhan mengkonsumsi TTD beresiko lebih besar mengalami anemia (Putri RD dkk, 2017). Walaupun program pemberian TTD pada remaja telah dilaksanakan oleh pemerintah namun tidak berpengaruh terhadap kenaikan kadar Hb pada remaja putri dikarenakan tingkat kepatuhan yang sangat rendah (Listiyani, B, 2004).

3. Kerangka Konseptual Penelitian

Konsep penelitian digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



: Variabel Independen



: Variabel Dependen

c. Defenisi Operasional & Kriteria Objektif

Tabel. 2.2 Tabel Defenisi Operasional & Kriteria Objektif

Variable	Definisi Operasional	Instrument Penelitian	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
Pelibatan ibu	Melibatkan atau bekerja sama dengan ibu siswi untuk berpartisipasi dengan mendampingi remaja (mengingatkan, mendampingi dan mengawasi remaja mengkonsumsi TTD di rumah) dan mengisi lembar control dan keluhan yang dirasakan setiap minggu selama 6 kali konsumsi TTD	Medsos WA	Aktif terlibat dalam group WA	
Remaja Putri	Anak perempuan yang berada pada usia antara anak-anak dan dewasa yaitu usia antara 15 – 19 tahun.			
Tablet Tambah Darah	Suplemen zat besi yang mengandung 60 mg besi elemental dan asam folat 0,400 mg, dari program pemerintah yang tersedia, di berikan di sekolah untuk di konsumsi di rumah.			
Pengetahuan	Tingkat pemahaman responden tentang pentingnya dan manfaat mengkonsumsi TTD bagi remaja putri.	Kuesioner	a. Baik = jika dijawab benar 76%-100%. b. Kurang = jika dijawab benar < 75% (Arikunto, 2006)	Nominal

Sikap	Tanggapan responden terhadap pemberian TTD pada remaja putri yang dikonsumsi selama 6 minggu yang didampingi oleh ibu.	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> a. Positif: bila total nilai responden 7 – 12 b. Negatif: bila total nilai responden 1 - 6 (Arikunto, 2006) 	Nominal
Kepatuhan	Banyaknya TTD yang dikonsumsi remaja putri dibandingkan antara post intervensi dengan 2 minggu setelah intervensi yang di kontrol oleh guru UKS	Lembar observasi dan Buku Kontrol Minum TTD	<ul style="list-style-type: none"> a. Patuh : $\geq 50\%$ dari total tablet yang dikonsumsi b. Tidak Patuh : $< 50\%$ dari total tablet yang dikonsumsi 	Nominal

d. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian dirumuskan sebagai berikut :

1. Ada pengaruh intervensi pelibatan ibu terhadap pengetahuan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota Palopo.
2. Ada pengaruh intervensi pelibatan ibu terhadap sikap remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota Palopo.
3. Ada perbedaan pengaruh intervensi pelibatan ibu terhadap kepatuhan remaja putri dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) di Kota Palopo dan setelah Follow Up.